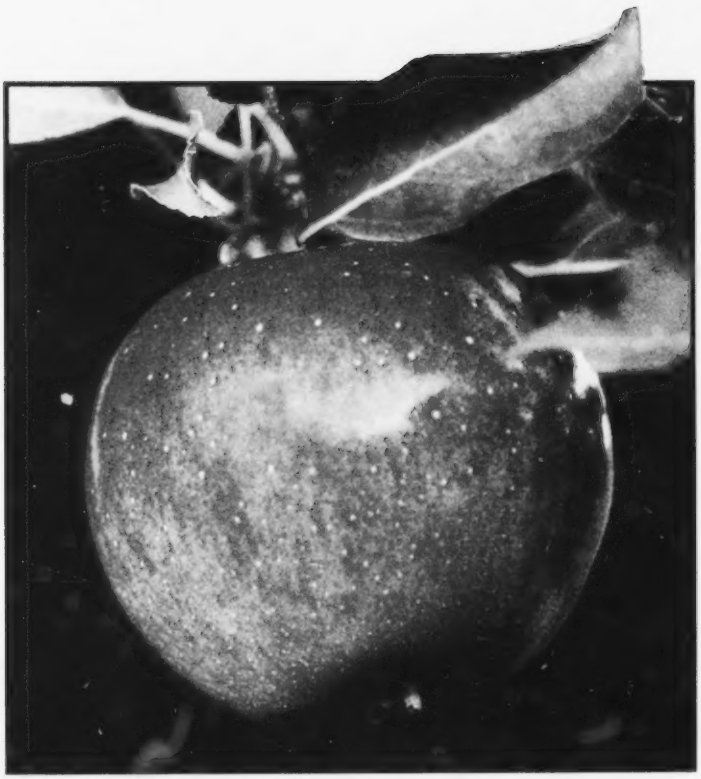
Rapport annuel

de gestion 2002-2003

Conseil de la santé et du bien-être

Québec

de conseils avisés en santé



Rapport annuel

de gestion 2002-2003

Le contenu de cette publication a été rédigé par :

Le Conseil de la santé et du bien-être
880, chemin Sainte-Foy, RC
Québec (Québec) G1S 2L2

Téléphone : (418) 643-3040

Télécopieur : (418) 644-0654

Courriel : csbe@msss.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible à la section Publications du site internet du Conseil de la santé et du bien-être à l'adresse suivante : www.csbe.gouv.qc.ca

Graphisme :
Francine Pilon communication

Dépôt légal – 2003
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-550-40975-2
ISSN : 1201-9461

Gouvernement du Québec

103-06151/

Monsieur Michel Bissonnet
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter, en conformité avec l'article 24 de la Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, le rapport annuel de gestion de cet organisme pour l'année financière terminée le 31 mars 2003.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,
Philippe Couillard

Québec, juin 2003

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous transmets, en conformité avec l'article 24 de la Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être, le rapport de nos activités pour l'année financière 2002-2003.

Je vous saurais gré, et vous en remercie à l'avance, de bien vouloir communiquer ce rapport de gestion à l'Assemblée nationale, ainsi que le requiert la loi instituant le présent Conseil.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de la collaboration de tous les membres du Conseil et l'expression de mes sentiments distingués.

La présidente du Conseil de la santé et du bien-être,
Hélène Morais

Québec, juin 2003

Mot *de la présidente*

C'est avec fierté que je présente le Rapport de gestion 2002-2003 du Conseil de la santé et du bien-être. Le Conseil a diffusé cette année deux avis importants : un premier sur une question globale relative à l'évolution de La politique de la santé et du bien-être et un autre sur le débat relatif au financement privé des services médicaux et hospitaliers. De plus, le Conseil a réalisé et fait réaliser plusieurs rapports d'étude et procédé à sa propre évaluation institutionnelle.

L'avis Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir s'appuyant sur une évaluation de la mise en œuvre de La politique de la santé et du bien-être de 1992 a été largement diffusé et bien reçu par les acteurs et collaborateurs du réseau de la santé que le Conseil a rencontrés dans différentes régions. Une constatation de cette évaluation, c'est le besoin, toujours plus évident, de se doter d'objectifs de santé et de bien-être partagés entre plusieurs intervenants et qui aident à faire des choix. Pour la bonne santé du système de services, il ne suffit pas de lui assurer plus d'argent. Il faut aussi le mobiliser autour d'objectifs partagés par différents preneurs de décision, intervenants, et représentants de la population, de manière à donner du sens au système, à en faciliter la gestion et la reddition de comptes.

L'avis intitulé Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, diffusé en mars 2003, prend au pied de la lettre les arguments des promoteurs d'un plus grand financement privé dans ces activités qui sont au cœur du système de services et confronte ces arguments aux résultats de la recherche et aux expériences réalisées ailleurs. Le Conseil conclut que de faire payer les gens pour les services d'un médecin ou d'un hôpital ne libère pas le système, ne réduit pas les listes d'attente, ne réduit pas les coûts et limite l'accès aux services pour les personnes qui en ont le plus besoin. Le Conseil assurera l'évaluation des retombées de ces deux avis et veillera à leur promotion.

Dix ans après sa création, le Conseil a procédé cette année à une évaluation institutionnelle. Cette évaluation a permis de constater que les forces du Conseil sont principalement liées à sa composition, à la distance critique de ses membres ainsi qu'à la qualité de ses productions. Cette évaluation a conduit le Conseil à apporter des améliorations à son fonctionnement. Ainsi, il a adopté certaines mesures pour renforcer ses capacités de vigie et de choix de priorités, ses exigences de qualité, ses stratégies d'influence de son destinataire prioritaire qu'est le ministre, ses stratégies de communication avec ses différents publics et ses capacités d'évaluation des effets de ses interventions.

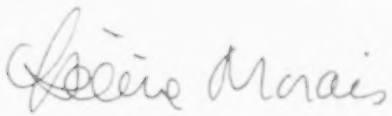
De telles tâches d'analyse, de recommandation et de communication du Conseil ne s'exercent pas facilement, compte tenu de la complexité du domaine de la santé et du bien-être et de la multiplicité des voix qui souhaitent influencer le ministre et son environnement. Le renforcement de ces tâches, prévues dans sa loi constitutive, comporte aussi ses exigences. Parmi celles-ci, on peut en souligner deux, dont le présent rapport de gestion rend compte de façon concrète : le fait de fonder nos avis sur les données de la recherche et la capacité du Conseil de nouer des partenariats

avec des centres de recherche et avec des acteurs significatifs dans le domaine de la santé et du bien-être.

La décision du gouvernement du Québec qui, dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé au Canada – 2003, a choisi de se référer au Conseil de la santé et du bien-être pour réaliser le suivi auprès de la population québécoise de ses engagements en matière de santé, constitue une reconnaissance du caractère démocratique du rôle du Conseil. On sait que ce mandat est confié, pour les autres provinces, à un conseil de la santé canadien à mettre en place, avec lequel nous devrons collaborer. Ce nouveau mandat pourrait avoir des répercussions importantes dans l'avenir non seulement sur sa mission, mais aussi sur le fonctionnement du Conseil, sur ses productions et sur ses relations avec le public et avec ses partenaires.

Les membres du Conseil continuent d'exercer, dans l'honneur et l'enthousiasme, la fonction conseil qui leur est déléguée par le gouvernement. Sentiment d'honneur, parce qu'ils ont l'assurance de participer à l'enrichissement de la vie démocratique de la société. Enthousiasme, car ils ont conscience de participer à une phase importante de changement de notre société et de nécessaire adaptation de notre système de services de santé et de services sociaux.

La présidente,



Hélène Morais

Table *des matières*

PAGE

Partie 1 Présentation du conseil de la santé et du bien-être 11

La mission
Les membres
Le fonctionnement
Les ressources humaines et financières

Partie 2 Enjeux contextuels du Plan stratégique 2001-2004 21

La santé et le bien-être de la population au centre des préoccupations
Des objectifs de santé et de bien-être pour guider l'action
Une stratégie québécoise de développement social
L'efficience du système de services
L'adaptation de l'offre de services sociaux
La nécessité de faire des choix éthiques

Partie 3 Résultats en lien avec les orientations du plan stratégique 2001-2004 23

Orientation 1 : Contribuer à l'adoption d'une vision globale et prospective de la santé, du bien-être et du développement social des groupes et des collectivités et à la détermination des objectifs et des moyens de les améliorer

Orientation 2 : Contribuer à soutenir la santé et le bien-être des groupes sociaux particuliers

Orientation 3 : Contribuer à l'amélioration de l'efficience du système de services de santé et de services sociaux

Orientation 4 : Contribuer à la réalisation des choix éthiques pour le système de services de santé et de services sociaux

Partie 4 Résultats obtenus en lien avec le développement de l'organisme 37

Partie 5 Exigences législatives et gouvernementales 39

La protection des renseignements personnels
Le code d'éthique et de déontologie
La déclaration de services aux citoyens
La politique linguistique
La situation de l'embauche en lien avec les attentes gouvernementales en matière de renouvellement de la main-d'œuvre
Les autres exigences législatives et gouvernementales

Partie 6 Publications disponibles 41

Partie 7 Déclaration attestant la fiabilité des données et contrôles afférents 43

Annexes 45

Le budget en 2002-2003
L'organigramme du Conseil
Le Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil

Présentation du Conseil de la santé et du bien-être 1

La mission

Le Conseil de la santé et du bien-être est un organisme conseil auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Institué par une loi adoptée par l'Assemblée nationale en mai 1992 (L.R.Q. c. 56.3), le Conseil de la santé et du bien-être a pris forme par un décret du gouvernement le 25 octobre 1993, au moment de la nomination de ses premiers membres.

Le Conseil a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats. Ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour obtenir cette amélioration.

Le Conseil centre ses travaux sur les principaux facteurs déterminants de la santé et du bien-être de la population, leur interaction et leurs répercussions. Il se préoccupe des aspects susceptibles d'améliorer les capacités d'adaptation du système de services de santé et de services sociaux. Il apporte aussi une contribution sur des enjeux éthiques liés à la santé et au bien-être de la population.

Le Conseil s'appuie sur des valeurs de justice sociale, d'équité, de participation démocratique, de solidarité, et de primauté du développement des personnes et des communautés. Ces valeurs s'éloignent des solutions mur à mur mais offrent une ouverture au respect des différences des personnes et des milieux, ainsi qu'à l'expérimentation.

Les membres du Conseil

Le Conseil est composé de 23 membres dont 19 ont droit de vote aux assemblées. Ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux et, outre la présidente, choisis avec un souci de représentativité de divers groupes et milieux : les usagers des services de santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les praticiens, chercheurs ou administrateurs du domaine de la santé et du domaine social, de même que de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention influent sur la santé et le bien-être de la population. Les membres sans droit de vote, aussi nommés sur recommandation du ministre, doivent provenir du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'une régie régionale et de deux ministères visés par La politique de la santé et du bien-être.

Entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003, le Conseil se composait des membres suivants :

Hélène MORAIS (1999-2004)
Présidente

Madame Morais a assumé différentes responsabilités d'intervention clinique, de planification, de programmation et de gestion au sein du secteur des services de santé et des services sociaux. Elle a été directrice générale de la Conférence des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, directrice de la planification au ministère de la Santé et des Services sociaux, directrice de la planification, de l'évaluation et des systèmes d'information, puis directrice du programme de santé physique à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec.

Elle détient un baccalauréat en travail social et une maîtrise en administration des affaires (MBA). Elle est membre de l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec et de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec.

André THIBAULT (1999-2005)
Vice-président

Professeur d'administration publique au département des sciences du loisir et de la communication sociale à l'Université du Québec à Trois-Rivières, où il a été vice-recteur à l'enseignement et à la recherche. Comme chercheur, il s'intéresse à la question de la participation publique des citoyens. Il a été président du conseil d'administration du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et a présidé le conseil de la Régie régionale de la Mauricie–Centre-du-Québec. Il participe à l'Observatoire de l'administration publique du Québec de l'École nationale d'administration publique (ENAP). Monsieur Thibault a présidé la démarche de consultation et d'élaboration d'une publication du Conseil intitulée *Cadre de référence de la participation publique (Démocratique, utile et crédible)*. Il est membre du comité de vigie du Conseil.

André ARCHAMBAULT (1995-2005)

Directeur général de l'Auberge communautaire du Sud-Ouest de Montréal (maison d'hébergement jeunesse). Il a été président du Regroupement des maisons d'hébergement jeunesse du Québec. Il fut également responsable régional, pour Montréal, du Secrétariat à la jeunesse, après avoir été organisateur communautaire au CLSC Saint-Henri. Il a fait partie du comité de travail du Conseil ayant produit l'avis *Un juste prix pour les services de santé* et du comité de travail sur l'*Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*. Il a présidé le comité de travail du Conseil sur les jeunes et a fait partie du comité sur le développement social. Monsieur Archambault a aussi participé à l'élaboration du document *Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec* pour commenter, au nom du Conseil, le projet de politique de reconnaissance et de soutien du milieu communautaire. Il est membre du comité de travail sur le système de santé.

Christophe AUGER (1995-2005)

Directeur des ressources humaines à la Confédération des syndicats nationaux. Il a été directeur général de l'Institut de recherches appliquées sur le travail (IRAT). Il a été professeur de sciences humaines au Cégep de Trois-Rivières et coordonnateur du département de géographie. Vice-président de la CSN, il a coordonné les travaux de préparation des nombreux mémoires de la CSN soumis à la commission Rochon. Monsieur Auger a fait partie du comité de travail du Conseil ayant produit l'avis *Un juste prix pour les services de santé*. Il a présidé les travaux du comité de travail qui a produit le rapport *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*.

Il a présidé les travaux d'un groupe d'experts chargés d'élaborer une réflexion sur le thème *Intégration des personnes par l'emploi*, dans le contexte de celle proposée par le Conseil aux forums régionaux de développement social sur *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social*. Il est membre du comité de vigie et du comité de travail sur le système de santé.

Linda BEAUCHAMP-PROVENCHER (1996-2006)

Denturologiste, propriétaire d'une clinique de denturologie. Présidente du conseil d'administration du Centre de santé de la MRC d'Asbestos. Elle s'est toujours engagée dans diverses sphères liées à sa profession dans sa communauté, ainsi que dans le monde de la santé et des services sociaux. Elle est membre du comité de travail de formation à l'Ordre des denturologistes du Québec. Elle est actuellement présidente de la Conférence des CLSC-CHSLD de l'Estrie. Elle fait partie du comité de travail sur les enjeux éthiques.

François BÉLAND (2002-2003)

Docteur en sociologie de l'Université Laval et professeur titulaire au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il est aussi professeur associé au service de gériatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS), il est cofondateur et coresponsable de SOLIDAGE, Groupe de recherche Université de Montréal-McGill sur les services intégrés pour personnes âgées. Depuis plus de 25 ans, il se consacre à la recherche en gérontologie. Il s'intéresse en particulier aux services de longue durée, à leur utilisation et à leurs coûts, à l'organisation des services pour personnes âgées fragiles et aux inégalités de santé dans les populations. Il a publié de nombreux articles dans des revues scientifiques et agit comme consultant auprès d'organismes régionaux, nationaux et internationaux. Il est membre du comité de vigie et il est président du comité de travail sur le système de santé.

Luc BOILEAU (2002-2004)

Président-directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Il a obtenu son diplôme de médecine de l'Université de Sherbrooke en 1981. Tout en réalisant une maîtrise en administration de la santé à l'Université de Montréal entre 1982 et 1984, il a complété sa formation de médecin spécialiste en santé publique en 1985 et est depuis inscrit à ce titre au Collège des médecins du Québec et au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

En 1993, le ministre de la Santé et des Services sociaux l'a nommé directeur de la santé publique à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Il assume durant une année la direction générale par intérim avant d'être nommé, en juin 2002, président-directeur général de cette même organisation.

Il est professeur agrégé de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke depuis plus de 10 ans (actuellement en congé de service) et a été vice-doyen, adjoint à la Montérégie, à cette même institution de 1991 à 2002.

Gylaine BOUCHER (1999-2003)

Directrice générale du Regroupement CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD de la Rive et Mirabel, elle est également vice-présidente du conseil d'administration du Centre local de développement des Deux-Montagnes. Elle a présidé le congrès de la Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec sur la prévention et la promotion de la santé. Elle est détentrice d'un baccalauréat en service social et d'une maîtrise en administration publique. Elle a été membre du comité de travail sur l'avenir du système, membre du comité de travail chargé de produire un avis sur l'intégration sociale et la qualité de vie des aînés et du comité sur l'évolution de *La politique de la santé et du bien-être*.

Jean-Yves BOURQUE (2002-2004)

Après des études classiques et universitaires, Jean-Yves Bourque a commencé sa carrière comme enseignant, puis comme secrétaire général et ensuite comme directeur des études au Cégep de Chicoutimi. Il a occupé le poste de directeur général au Cégep André-Laurendeau, situé à LaSalle.

Jean-Yves Bourque a été responsable du dossier de la formation professionnelle et technique au ministère de l'Éducation. Il a été ensuite à la Direction générale des politiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et, depuis octobre dernier, il est sous-ministre adjoint à la planification et aux services aux citoyens de ce même ministère.

De plus, il a agi à titre d'administrateur dans plusieurs organisations, tels l'École nationale de cirque, le Regroupement des collèges du Montréal métropolitain, la Commission des partenaires du marché du travail, le conseil d'administration de la corporation du Mondial des métiers 1999.

Yvon CAOUETTE (1996-2006)

Monsieur Caouette est un éducateur à la retraite. Il a fait carrière en éducation en qualité de conseiller d'orientation, de directeur des services pédagogiques et de secrétaire général du Cégep de Baie-Comeau. Il a été membre de la Commission de l'enseignement collégial du Conseil supérieur de l'éducation. Il a présidé, sur la Côte-Nord, le comité régional d'organisation des assises des états généraux sur l'éducation. Il a siégé au conseil d'administration du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord à titre de représentant du secteur municipal. Il a été conseiller municipal du village de Pointe-Lebel et a été observateur ministériel pour le ministre de la Santé et des Services sociaux auprès du conseil d'administration du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord. Il agit présentement comme consultant en développement personnel et organisationnel pour Pro-Carrière enr., à Baie-Comeau. Il est membre de l'Ordre des conseillers d'orientation du Québec. Il a fait partie du comité de travail sur les enjeux éthiques et a présidé le comité de travail chargé de produire un avis sur l'intégration sociale et la qualité de vie des aînés. Il fait à présent partie du comité de travail sur le développement social.

Paul-André COMEAU (2002-2003)

Monsieur Comeau a fait ses études en Science politique à l'Université de Montréal et à la Fondation nationale des sciences politiques à Paris. Après quelques années d'enseignement à l'Université d'Ottawa, il devient pigiste à Radio-Canada, puis correspondant (radio et télé) à Bruxelles et à Londres. Il a été rédacteur en chef au quotidien Le Devoir et président de la Commission d'accès à l'information du Québec. Il est présentement professeur invité à l'École nationale d'administration publique du Québec (ÉNAP) et chargé de cours au département d'Information et Communication, de l'Université Laval.

Monsieur Comeau a été président de la Société québécoise de science politique (SQSP). Il est membre du Comité consultatif externe pour la révision de la Loi sur l'accès à l'information (loi fédérale) et membre du Conseil de la faculté de science politique et de droit de l'Université du Québec à Montréal. Il a signé de nombreux articles dans des ouvrages et des revues scientifiques, en plus de publier le *Bloc populaire canadien* et d'assurer la direction de *La Démocratie en veilleuse*. Il est membre du comité de vigie du Conseil et président du comité de travail sur les enjeux éthiques.

Martine COUTURE (1999-2003)

Elle est directrice générale du CLSC, CHSLD et Centre hospitalier Cléophas-Claveau à Saguenay (arrondissement La Baie). Elle a fait des études en sciences infirmières à l'Université de Montréal et elle détient une maîtrise en administration publique de l'ÉNAP. Elle a travaillé comme infirmière à l'Hôpital Général de Montréal, au Centre hospitalier universitaire vaudois à Lausanne (Suisse), et à la Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires, à Chicoutimi (CORAMH). Elle a occupé des postes de gestionnaire dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, dans un CLSC, puis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Elle a été membre du comité de travail sur l'évolution de *La politique de la santé et du bien-être* ainsi que du comité de travail chargé de produire un avis sur l'intégration sociale et la qualité de vie des aînés. Elle est présentement membre du comité de travail sur le système de santé et du comité de travail sur les enjeux éthiques.

Jocelyne DAGENAIS (2002-2004)

Diplômée en sciences biologiques (microbiologie) de l'Université de Montréal, madame Dagenais possède une vaste expérience comme gestionnaire dans la fonction publique québécoise. Elle occupe actuellement le poste de sous-ministre adjointe à la planification stratégique, à l'évaluation et à la gestion de l'information au ministère de la Santé et des Services Sociaux, après y avoir occupé le poste de sous-ministre adjointe à la modernisation et à la coordination.

Auparavant, madame Dagenais a été sous-ministre adjointe à la Direction générale de l'alimentation au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et elle a occupé successivement, à ce même ministère, divers postes d'encadrement dont celui de directrice du Soutien aux opérations.

Dans le cadre de ses fonctions actuelles, madame Dagenais, en plus d'être responsable de la gestion des ressources informationnelles du Ministère, dirige les travaux ministériels en matière de planification stratégique et d'élaboration des politiques et des orientations ministérielles. Madame Dagenais s'assure également de la réalisation des évaluations et des recherches nécessaires à l'exercice des fonctions ministérielles et coordonne l'action gouvernementale en matière de médicaments et d'affaires pharmaceutiques.

Gisèle DUBÉ (1999-2003)

Madame Dubé est coordonnatrice de la pastorale pour le diocèse de Gaspé, membre de la Table de concertation des personnes âgées Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine au Conseil régional de développement et du comité aviseur en développement social au CRCD Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Elle a été recherchiste au Centre de recherche Éthos et chargée de cours à l'Université du Québec à Rimouski. En tant que directrice du développement à une Fédération d'ainés (FCADEQ), elle a collaboré, par le passé, avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et a présidé le Comité aviseur sur l'hébergement et les soins de longue durée dans Rimouski-Neigette. Comme conférencière et formatrice, madame Dubé a collaboré aux Journées de formation du Sanatorium Bégin, le Conseil consultatif des aînés de l'Est du Québec et la Fédération des petits frères des pauvres à Paris, à Angers et en Sologne.

Elle détient une maîtrise en éthique de l'Université du Québec à Rimouski et a complété la scolarité au doctorat en théologie-éthique de l'Université Saint-Paul d'Ottawa. Elle a été membre du comité de travail chargé de produire un avis sur l'intégration sociale et la qualité de vie des aînés. Elle est membre du comité de travail sur le développement social et du comité de travail sur les enjeux éthiques.

Mireille FILLION[1] (1999-2004)

Madame Fillion est sous-ministre adjointe à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information au ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle a été directrice des programmes administratifs, sociaux et de santé au Conseil du trésor et directrice générale de la planification et de la recherche à la Société d'habitation du Québec. Elle a également été directrice des programmes communauté – famille – jeunesse et antérieurement directrice des services communautaires au ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle a auparavant travaillé au sein du réseau des CLSC comme directrice de l'analyse et de l'évaluation des programmes à la Fédération des CLSC, comme directrice générale du CLSC de Lotbinière-Ouest et comme coordonnatrice au CLSC Basse-Ville à Québec.

Jacques FISET (2002-2003)

Directeur du Centre local de développement de Québec (CLD), monsieur Fiset est engagé depuis déjà de nombreuses années dans sa communauté, soit à titre de bénévole permanent ou animateur dans des groupes populaires et des coopératives. Sa participation s'est ensuite actualisée en politique municipale durant deux mandats dans des dossiers touchant la démocratie, l'habitation, le développement économique et la régie régionale de la santé. Enfin, avant d'occuper son poste actuel, monsieur Fiset s'est vu confier des mandats de formation en économie sociale et à la mise en place des CLD. Il est membre du comité de vigie et coprésident du comité de travail sur le développement social.

1. Madame Fillion a remis sa démission à titre de membre du Conseil, le 7 novembre 2002.

Micheline GAMACHE[2] (2000-2002)

Madame Gamache est sous-ministre adjointe à la modernisation au ministère de la Famille et de l'Enfance. Elle a été secrétaire adjointe du Comité ministériel du développement social au ministère du Conseil exécutif. Elle a assumé diverses responsabilités de direction au ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, au Secrétariat à la condition féminine, et à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Elle a une formation en relations industrielles (Université de Montréal) et en relations humaines (UQAM), et elle est membre de l'Ordre des conseillers en relations humaines et en relations industrielles du Québec. Elle a été membre du comité de travail sur le développement social du Conseil.

Michel HAMELIN (2002-2004)

Après avoir pratiqué le droit dans le secteur privé, monsieur Hamelin assume au gouvernement du Québec diverses fonctions, dont la responsabilité de la négociation des ententes avec le fédéral en matière de santé et de services sociaux et la direction, en matière de relations intergouvernementales canadiennes, de l'équipe conseil du gouvernement sur les questions institutionnelles et constitutionnelles. À titre de sous-ministre adjoint, il a notamment coordonné la réalisation des engagements gouvernementaux découlant du Sommet de 1996, notamment en ce qui a trait au développement des entreprises d'économie sociale, et dirigé les travaux préparatoires au Sommet du Québec et de la jeunesse (2000) portant sur les thèmes, les contenus et les propositions discutés lors de ce Sommet.

Monsieur Hamelin est présentement secrétaire adjoint du Comité ministériel de développement social au ministère du Conseil exécutif. Il est également secrétaire de deux autres comités ministériels permanents, soit le Comité ministériel de l'éducation et de la culture et le Comité ministériel de la jeunesse. Il est membre du comité de travail sur le développement social au Conseil.

Linda JONES[3] (1996-2006)

Femme d'affaires, elle est présidente du Fonds régional de solidarité Bas-Saint-Laurent et porte-parole de la Collectivité pour l'avenir des femmes au travail. Elle a travaillé comme enseignante dans le domaine du développement universitaire à l'Université du Québec à Rimouski et elle a été consultante en santé publique à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Pendant cinq ans, elle a été présidente d'un organisme communautaire favorisant l'accès des femmes au travail.

Elle a présidé les travaux du groupe d'experts chargés d'élaborer une réflexion sur le thème *Le vieillissement : reconnaître la contribution des citoyens aînés au développement social*, dans le contexte de la proposition du Conseil aux forums régionaux de développement social sur *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social*.

Yolette LÉVY (2002-2006)

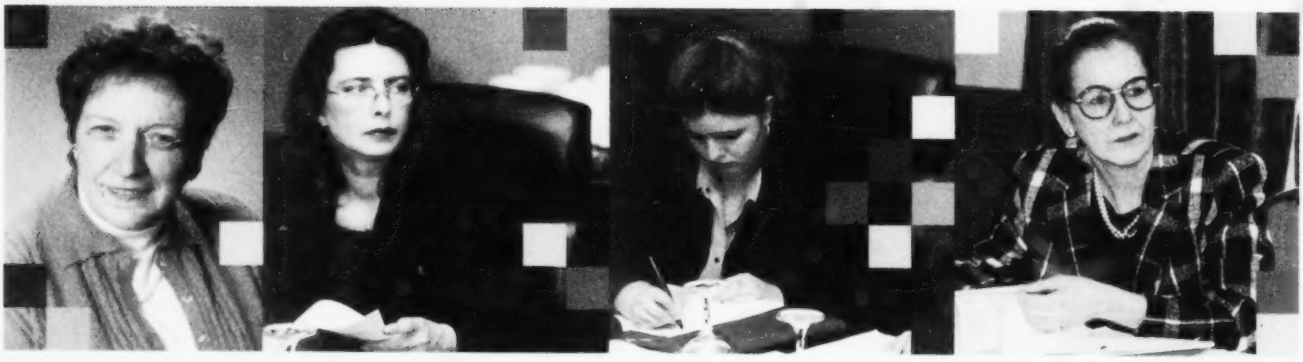
Madame Lévy fait actuellement une maîtrise en santé et sécurité au travail à l'Université Laval. Elle détient un baccalauréat spécialisé en chimie et biologie de l'Université de Montréal. Pharmacienne diplômée de l'Université d'État d'Haïti, elle possède également un certificat en santé et sécurité du travail de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Elle a fait un stage à Bruxelles en épidémiologie.

Madame Lévy est conseillère municipale à la ville de Val-d'Or. Elle a été enseignante à Val-d'Or et au Zaïre. De plus, elle a été présidente du Syndicat des enseignantes et enseignants et négociatrice à la Centrale des enseignants du Québec.

Elle est par ailleurs engagée socialement dans le Réseau Villes et Villages en santé, à Val-d'Or. Elle fait partie du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, du Conseil régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue, dossier immigration et pauvreté, et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Elle agit comme vice-présidente au Conseil de la culture en Abitibi-Témiscamingue. Elle a été coordonnatrice de la Marche mondiale des femmes à la MRC de la Vallée-de-l'Or et membre du comité organisateur régional 2000. De plus, elle est membre de la Corporation de développement de l'enseignement supérieur de Val-d'Or, de Développement et Paix et du Regroupement des femmes de l'Abitibi-Témiscamingue. Elle est membre du comité de travail sur le développement social au Conseil.

2. Le mandat de madame Gamache, à titre de membre du Conseil, s'est terminé le 26 juin 2002.

3. Madame Jones a remis sa démission à titre de membre du Conseil, le 5 novembre 2002.



Louise MASSICOTTE[4] (2002-2004)

Madame Massicotte a occupé le poste de directrice générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Elle possède une formation en pédagogie (enfance inadaptée). Elle a travaillé à l'implantation des services d'orthopédagogie en milieu scolaire et a été chargée de cours à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université de Montréal dans le même domaine.

Elle travaille dans le domaine de la santé et des services sociaux et a été directrice des services de réadaptation, au Service de réadaptation du Sud-Ouest en Montérégie. Elle a occupé différentes fonctions d'encadrement supérieur au Centre de réadaptation La Myriade dans Lanaudière.

Tout au long de sa carrière, elle a siégé à plusieurs comités régionaux et nationaux en regard de différents dossiers cliniques et administratifs, tant à l'éducation qu'à la santé et aux services sociaux.

Elle a été membre du comité de travail sur l'évolution de *La politique de la santé et du bien-être*.

Louise-Andrée MOISAN (2002-2006)

Louise-Andrée Moisan possède une formation universitaire de premier cycle en anthropologie et en science politique, et de deuxième cycle en relations internationales. Après avoir effectué un stage spécialisé en droits humains au Centre des droits de l'homme à Genève, elle a travaillé à la Chambre des communes à Ottawa, où elle a approfondi ses connaissances en affaires parlementaires et étrangères canadiennes. Elle a ensuite développé une expertise en affaires municipales et en développement régional en travaillant comme conseillère au sein de différents cabinets ministériels à Québec.

Elle occupe présentement le poste de directrice des communications à la Fédération québécoise des municipalités, une association regroupant près de 950 municipalités québécoises, dont la principale mission est de promouvoir le développement social et économique des régions du Québec. Elle est membre du comité de travail sur le développement social.

4. Madame Massicotte a remis sa démission à titre de membre du Conseil, le 11 novembre 2002.

Marie Soleil RENAUD (1999-2006)

Madame Renaud possède une maîtrise en psychologie de l'Université Laval. Durant sa formation, elle a été très active dans les associations étudiantes. Elle est membre fondatrice du Comité des jeunes de la Fédération des femmes du Québec et titulaire du dossier du Sommet du Québec et de la jeunesse. Elle a été membre du comité de travail sur l'intégration sociale des jeunes de même que du comité de vigie du Conseil.

Elle a travaillé successivement en centre de crises psychosociales, dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et dans un service hospitalier en psychiatrie infantile et juvénile. Elle est actuellement psychologue à la clinique externe de psychiatrie du Centre hospitalier l'Hôtel-Dieu de Gaspé et pratique aussi en bureau privé auprès d'adultes vivant avec des problèmes de santé mentale.

Marielle TREMBLAY (2002-2006)

Marielle Tremblay, docteure en science politique, est professeure titulaire au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ses activités d'enseignement et de recherche sont principalement orientées vers la problématique des rapports sociaux de sexe analysée à partir d'une perspective sociopolitique. Ses champs d'expertise portent sur les rapports de genre et du développement, les pratiques de soin et du soutien dans la communauté, l'économie sociale et les mouvements sociaux. Elle est coordonnatrice pour l'Université du Québec à Chicoutimi du programme de l'Alliance de recherche universités-communautés en économie sociale.

Elle a été codirectrice du programme de maîtrise en études et interventions régionales, codirectrice du programme conjoint de doctorat en développement régional et membre du Conseil du statut de la femme. Elle est actuellement membre du Comité d'éthique à la recherche du Complexe hospitalier de la Sagamie, membre du Groupe de recherche et d'intervention régionales, membre du Collectif d'intervention en développement économique et social, membre du Réseau québécois des chercheuses féministes et membre du conseil d'administration d'Accès-Travail-Femmes. Elle est membre du comité de vigie et coprésidente du comité de travail sur le développement social.

Vicky TRÉPANIER[5] (2002-2006)

Vicky Trépanier est membre de l'étude d'avocats Brouillette, Charpentier, Fortin s.e.n.c. depuis décembre 2001 et membre du conseil d'administration de Centraide-Québec. Elle détient un baccalauréat spécialisé en traduction ainsi qu'un baccalauréat en droit. Durant ses études universitaires, elle a notamment été présidente de la Confédération des associations d'étudiantes et d'étudiants de l'Université Laval (CADEUL) et membre du conseil d'administration et du comité exécutif de cette université. Elle a de plus fondé Langulaire, un cabinet de traduction étudiant présent sur le campus.

Madame Trépanier a été membre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair). Plus jeune membre de la commission et préoccupée par le volet de la prévention, elle a participé plus particulièrement aux travaux relatifs aux services sociaux, au financement, ainsi qu'à l'avenir du système de santé et des enjeux éthiques et démocratiques qui s'y rattachent.

Vice-présidente du Fonds étudiant de solidarité travail du Québec, elle siège également au conseil d'administration de la Commission des normes du travail, en plus d'avoir été membre du récent Comité de travail sur l'intégration des jeunes à la fonction publique québécoise. Elle a été membre du comité de travail sur le système de santé au Conseil.

Stanley VOLLANT (2002-2006)

Stanley Vollant est chef du service de chirurgie générale au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, où il enseigne également. Il a obtenu son certificat de spécialiste en chirurgie au Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Monsieur Vollant a été assistant-chef résident et chef résident à l'hôpital Notre-Dame. Il a été médecin résident dans les services de chirurgie générale, vasculaire, urologique, pédiatrique, plastique et thoracique, gynécologie-obstétrique, traumatologie et soins intensifs dans différents hôpitaux de Montréal : Notre-Dame, Hôtel-Dieu, Sainte-Justine, Maisonneuve-Rosemont, Saint-Luc et Sacré-Cœur. Monsieur Vollant est membre de l'Association des chirurgiens généraux du Québec et membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il assume présentement la présidence de l'Association médicale du Québec (AMQ).

Stanley Vollant est coauteur du livre *Sciences et sociétés autochtones, partenaires pour l'avenir*, publié par Recherches amérindiennes au Québec à Montréal. Il a été membre du conseil d'administration de la Maison des cultures amérindiennes du Mont Saint-Hilaire. Enfin, le très honorable Roméo Leblanc, gouverneur général du Canada, a nommé Stanley Vollant personnage modèle autochtone en 1996. Il est membre du comité de travail sur le système de santé au Conseil.

5. Madame Trépanier a remis sa démission à titre de membre du Conseil, le 5 février 2003.

Le fonctionnement

Le Conseil s'appuie, pour la réalisation des mandats qui lui sont confiés ou qu'il se définit, sur un secrétariat dont le personnel est issu de la fonction publique. Ce personnel effectue les études ou recherches pertinentes et offre le soutien professionnel et technique nécessaire.

La direction du Conseil est assumée par la présidente qui dirige les séances du Conseil et est porte-parole officielle. Elle assure également la liaison entre le Conseil et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Sous l'autorité de la présidente, le secrétaire général du Conseil administre le personnel, le budget et les ressources matérielles.

Les membres du Conseil se réunissent en moyenne cinq fois par année pour une durée d'une journée et demie et tiennent en moyenne trois conférences téléphoniques. Au cours de ces sessions de travail, les membres participent à la réalisation du plan stratégique et du plan d'action annuel. Depuis l'an 2000, la réunion de juin se tient en région. Elle s'est tenue à Joliette, à Baie-Comeau, à La Baie au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Celle de 2003 se tiendra à Asbestos en Estrie. Les objectifs de ces rencontres sont, en plus de tenir la réunion régulière du Conseil, de connaître les réalités de la région et les préoccupations des acteurs locaux et régionaux.

Le Conseil s'est doté de règles de fonctionnement qui portent sur les éléments suivants : le processus de planification et de choix des priorités de travail, la composition et le fonctionnement des comités de travail pour assurer la participation des membres, la consultation pour ancrer nos interventions dans la réalité des milieux, l'évaluation externe pour garantir la qualité, la diffusion des avis la plus large possible, et le suivi des recommandations pour évaluer l'influence du Conseil et éclairer le choix de ses interventions, à partir d'indicateurs de qualité, d'influence et de gestion.

Cette année, cinq comités de travail ont fonctionné en lien avec autant de priorités du Conseil : la vigie, la politique de la santé et du bien-être, le développement social, le système de services et les enjeux éthiques.

Dans le but de maintenir une surveillance et une planification stratégique, le Conseil a formé un comité de vigie, composé de madame Hélène Morais, présidente du Conseil, messieurs André Thibault, vice-président du Conseil, Christophe Auger, François Béland, Paul-André Comeau, Jacques Fiset, madame Marielle Tremblay, et assisté par monsieur Lionel Robert, secrétaire du Conseil, et de madame Anne Marcoux, secrétaire générale par intérim depuis mars 2002.

Le comité qui a travaillé à l'élaboration de l'avis sur *La politique de la santé et du bien-être* était composé des membres du Conseil et des membres externes suivants : mesdames Gylaine Boucher, Louise Massicotte, Martine Couture, Huguette Blouin, Colette Roberge, Jocelyne Sauvé, Marie Valois, et messieurs Lionel Robert, Hervé Anctil, Janvier Cliche, André Garon, Claude Leblond, Raynald Pineault, Jacques Rhéaume, Denis Roy et Jean-Bernard Trudeau. Madame Nathalie Bolduc, agente de recherche, est la professionnelle qui a assuré le soutien pour les travaux du comité.

Le comité qui a travaillé à l'élaboration de l'avis sur le financement privé des services médicaux et hospitaliers était composé des membres du Conseil suivants : madame Martine Couture, messieurs André Archambault, Christophe Auger, Stanley Vollant et François Béland, président. Monsieur Éric Laplante, agent de recherche, est le professionnel qui a assuré le soutien pour les travaux du comité.

Le comité qui a travaillé à l'élaboration du projet d'avis sur les conditions du développement social est composé des membres du Conseil suivants : mesdames Gisèle Dubé, Yolette Lévy, Louise-Andrée Moisan, Marielle Tremblay, coprésidente, messieurs Yvon Caouette, Michel Hamelin et Jacques Fiset, coprésident. Monsieur Michel Bernier et madame Julie Levasseur, agents de recherche, sont les professionnels qui assurent le soutien pour les travaux du comité.

Le comité qui a travaillé à l'élaboration de l'avis sur les soins palliatifs en fin de vie est composé des membres du Conseil et des membres externes suivants : monsieur Paul-André Comeau, président, mesdames Linda B.-Provencher, Martine Couture, Gisèle Dubé, Ghislaine De Langavant, Dr Paul Robinson, Dr Yves Bolduc et monsieur Bruno Leclerc. Nathalie Bolduc et Lorraine Caron ont assuré le soutien pour les travaux du comité.

Les bureaux du Conseil de la santé et du bien-être sont situés au 880, chemin Sainte-Foy, RC, à Québec.

On peut s'adresser au Conseil par téléphone au (418) 643-3040, par télécopieur au (418) 644-0654 ou par courrier électronique à **csbe@csbe.gouv.qc.ca**

Le Conseil possède aussi un site Internet que l'on peut consulter à l'adresse suivante : **http://www.csbe.gouv.qc.ca**

Les ressources humaines et financières

Outre ses 23 membres nommés par le gouvernement, 22 bénévoles et la présidente, le Conseil bénéficie du travail d'une équipe de 12 personnes, dont 5 employés de bureau, 6 professionnels, parmi lesquels il y a 4 employés réguliers, et le secrétaire du Conseil, cadre en prêt de service. Les professionnels du Conseil forment une équipe multidisciplinaire, leur formation professionnelle respective étant la philosophie, l'anthropologie, les sciences politiques, la sociologie et le droit. Le Conseil compte aussi, pour l'atteinte de ses objectifs, sur la collaboration de chercheurs et de consultants qui réalisent des contrats ponctuels.

Au 31 mars 2003, outre la présidente, madame Hélène Morais, le personnel du Conseil était composé des personnes suivantes :

- M. Michel Bernier, agent de recherche (a quitté en mars 2003)
- M^me^ Nathalie Bolduc, agente de recherche
- M. Gerard Donnelly, technicien en administration
- M^me^ Ginette Langlois, secrétaire de la présidente
- M. Éric Laplante, agent de recherche
- M^me^ Julie Levasseur, agente de recherche, occasionnelle
- M^me^ Anne Marcoux, agente de recherche
- M^me^ Carole Noël, agente de secrétariat
- M^me^ Florence Piron, agente de recherche, occasionnelle
- M^me^ Céline Vaillancourt, agente de secrétariat
- M^me^ Lyne Vézina, technicienne en administration

Monsieur Michel Morel, de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et de l'Institut national de santé publique du Québec, demeure actif au sein du Conseil par sa participation à la publication du bulletin *Développement social*.

Monsieur Lionel Robert agit à titre de secrétaire du Conseil et madame Anne Marcoux, à titre de secrétaire générale par intérim depuis le 11 mars 2002.

Sur le plan financier, le budget et les dépenses du Conseil pour l'exercice financier 2002-2003 s'établissaient à 1 039 424 $, dont 598 256 $ étaient destinés à la rémunération des employés. On peut globalement estimer la répartition de l'utilisation des ressources en lien avec les orientations et objectifs comme suit : 40 % des ressources ont été consacrées à la première orientation, *santé et développement social*, 5 % à l'orientation *santé et bien-être des groupes sociaux particuliers*, 40 % à l'orientation *système de services de santé et de services sociaux*, et 15 % à l'orientation *enjeux éthiques du système de services*.

Des mécanismes ont été consolidés pour assurer le contrôle régulier de l'utilisation des ressources financières. Le bilan de revenus et de dépenses pour 2002-2003 est en équilibre, comme pour l'année précédente.

Enjeux contextuels du Plan stratégique 2001-2004 2

Les travaux qu'effectue le Conseil s'inscrivent dans un contexte influencé par une multitude d'enjeux sociaux, économiques et environnementaux. Certains retiennent particulièrement son attention dans la mesure où ils sont en lien avec sa mission et les valeurs sur lesquelles il s'appuie. Ces enjeux contextuels, que l'on retrouve dans le *Plan stratégique 2001-2004* et qui campent l'ensemble des activités du Conseil, sont les suivants :

La santé et le bien-être de la population au centre des préoccupations

De façon globale, la « santé » constitue un élément constant de préoccupation et de débat au sein de la société québécoise. Toutefois, en raison notamment de la médiatisation à cet effet, l'accent est mis sur les services de santé et sur les services sociaux, et plus particulièrement sur les lacunes de ces services. Un point majeur pour le Conseil, de même que pour l'ensemble des partenaires qui sont actifs dans la planification et l'offre de services, est celui de transformer la préoccupation populaire à l'égard de la maladie et des services en une préoccupation pour la santé et le bien-être, ainsi que de mobiliser les énergies des personnes, des communautés et des différents acteurs sociaux en vue de maintenir et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Des objectifs de santé et de bien-être pour guider l'action

Le Conseil est d'avis qu'une large part des difficultés de notre système sociosanitaire découle d'un manque de précision et de clarté dans les objectifs qu'il poursuit. Si *La politique de la santé et du bien-être* a donné lieu à une importante mobilisation régionale dans les premières années qui ont suivi sa publication (1992), elle s'est considérablement amoindrie par la suite. De plus, la mobilisation intersectorielle, qui doit soutenir la prise en considération des déterminants de la santé et du bien-être, a connu des succès réels, surtout à l'échelle locale et régionale. Pour placer la santé et le bien-être au centre des préoccupations de la population et pour aider la gouverne du système de services, il importe de susciter une réflexion commune sur des objectifs qui mobiliseront tout autant les acteurs du système de services que les autres acteurs de la société civile et ce, en s'inspirant de l'expérience passée et de celle des autres.

Une stratégie québécoise de développement social

Avec ses partenaires, notamment l'Association des régions du Québec et la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, le Conseil a organisé et réalisé en 1998 le *Forum sur le développement social* et il en assure le suivi. Le développement social du Québec demeure une priorité pour le Conseil. Il est d'avis que l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie québécoise de développement social peut constituer une niche féconde où prendre en charge ces déterminants de la santé et du bien-être dont le système de services de santé et de services sociaux cherche à convaincre les autres secteurs d'activité. En regard de cette stratégie, quatre sujets devront continuer à mobiliser sa réflexion et son action, en lien avec ses partenaires : mieux harmoniser les politiques et les interventions économiques et sociales; mieux orchestrer la lutte contre les inégalités sociales et économiques; renforcer et adapter les politiques sociales en fonction des besoins et des réalités de la population, des différents groupes et territoires ; revoir les rapports entre l'État et la société.

L'efficience du système de services

La transformation du système de services demeurera au programme du débat public. Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et sur les services sociaux (commission Clair) a proposé des orientations et des recommandations, et leur mise en œuvre va exiger de plus amples réflexions et débats. Dans la continuité de ses prises de position et en vue de fournir un éclairage utile à cette transformation du

système, le Conseil pourra choisir d'approfondir des questions spécifiques visant à améliorer l'efficience du système de services.

L'adaptation de l'offre de services sociaux

Les dynamiques sociales des personnes, des familles et des communautés, la nature des problèmes de santé, sociaux et économiques que rencontre la population créent une pression très forte pour une accessibilité accrue aux services sociaux. Dans son avis de 1995 intitulé *Un juste prix pour les services de santé*, le Conseil avait évoqué la nécessité de conduire une réflexion plus en profondeur sur le volet des services sociaux. De même, les avis que le Conseil diffuse concernant l'intégration sociale des jeunes et des aînés font ressortir les lacunes dans les services sociaux. Cette réflexion plus globale sur les services sociaux devra se fonder sur une définition du contexte social et des besoins de la population en regard des services sociaux, sur l'établissement des finalités et objectifs auxquels les services sociaux peuvent contribuer, ainsi que sur les conditions de leur efficacité.

La nécessité de faire des choix éthiques

La nécessité de faire des choix éthiques va s'imposer avec de plus en plus de force, d'une part, parce que les principes d'équité, de participation, de solidarité, qui sont à la source du système de services, sont parfois battus en brèche en raison de valeurs davantage orientées par une logique économique, ou tout simplement en raison des limites des ressources, et, d'autre part, pour reprendre un commentaire de l'Organisation mondiale de la santé, *parce que les avancées de la science et de la technologie mettent non seulement en cause des enjeux relatifs à l'équité, mais ébranlent les concepts de mort, de parenté, et la notion même de ce qui nous fait humain* (WHO Regional Office for Europe, Exploring health policy development in Europe, 2000, p. 377). Le Conseil a réalisé une réflexion importante sur les enjeux éthiques liés à l'information génétique. L'à-propos de cette démarche et ses retombées invitent le Conseil à conserver une vigilance analogue à l'égard d'autres enjeux éthiques, par exemple ceux que peuvent susciter les facteurs de vieillissement et de développement technologique, un plus grand recours au financement privé des services, la protection des renseignements personnels dans la recherche épidémiologique ou la surveillance de l'état de santé de la population.

Résultats en lien avec les orientations du Plan stratégique 2001-2004 3

Dans son Plan stratégique 2001-2004, le Conseil de la santé et du bien-être a défini 4 orientations et 10 objectifs qui serviront de cadre pour rendre compte de ses réalisations au cours de l'année 2002-2003.

Sommaires des résultats en 2002-2003

Au cours de l'année 2003, le Conseil s'est réuni à cinq reprises, et les membres ont participé à quatre conférences téléphoniques. Le taux de participation des membres aux réunions régulières a été en moyenne de 75 %. Au cours de ces réunions, le Conseil a procédé à l'adoption de deux avis, adressés au ministre de la Santé et des Services sociaux, et des stratégies de diffusion pour ces avis : *Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir* et *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*. Les membres ont également adopté une position sur l'assurance médicaments et un mémoire sur le projet de loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ils ont rencontré le ministre de la Santé et des Services sociaux, François Legault, et le ministre délégué, Roger Bertrand, au cours de leur réunion régulière de septembre, et un groupe d'acteurs sociaux de la région du Saguenay au cours de leur réunion régulière de juin. Ils ont aussi examiné et débattu le contenu de différents rapports d'étape produits par les professionnels et des comités de travail. En matière de suivi de l'évaluation institutionnelle, le Conseil a de plus adopté trois documents d'orientation : le *Mandat du comité de vigie*, le *Positionnement du Conseil de la santé et du bien-être* et *la Définition des productions et processus de production*.

L'atteinte des objectifs à la lumière des indicateurs de qualité et d'influence

La présentation des résultats atteints pour chaque orientation et objectif de travail doit se lire à la lumière des règles de fonctionnement du Conseil, ainsi que des indicateurs de qualité et d'influence en développement pour guider tant les professionnels que les comités de travail et les membres du Conseil dans le cheminement des travaux. Ces règles et ces indicateurs témoignent du souci du Conseil de garantir la qualité de ses publications et d'influencer les décisions par la promotion et le suivi de ses recommandations.

Par ses indicateurs de qualité de la production, le Conseil vise la publication de documents qui reposent sur :
- des recherches qui font la synthèse des connaissances sur un sujet, qui présentent une analyse systématique et critique de la littérature, une analyse comparative (Québec, régions, provinces, pays), une analyse centrée sur les résultats et sur les processus;
- des consultations dont l'objectif est de commenter la pertinence des orientations et recommandations proposées;
- des opinions d'experts sollicités;
- un travail au sein de comités de travail formés de membres du Conseil qui proviennent de divers milieux et, au besoin, de ressources externes.

Dans un souci d'amélioration, le Conseil peut aussi mesurer le taux de satisfaction des lecteurs.

Par ses indicateurs d'influence, le Conseil tente de mesurer, dans un but d'amélioration, sa visibilité et l'intérêt que portent le ministre, la population et les différents acteurs à ses publications. Pour ce faire, il documente :
- le nombre de publications distribuées;
- les demandes de documents en version papier et en version électronique;
- les retombées médiatiques;
- les demandes de conférences adressées à la présidente;
- les répercussions, l'utilisation faite de la réflexion, des orientations et recommandations du Conseil (par ex.: citations de texte, modifications de politiques et influence dans leur élaboration, demandes de consultations);
- le taux de fréquentation du site Internet du Conseil;
- les actes posés en vue de susciter l'intérêt pour les travaux du Conseil (par ex.: allocutions prononcées, mise à jour du site du Conseil, nombre de cyberbulletins);
- les manifestations d'intérêt observées;
- les actions posées pour atteindre la population, pour vulgariser ses productions et sa réflexion;
- la tenue d'événements qui permettent les débats;
- la tenue de forums qui permettent l'écoute des consultations et suggestions des personnes, organismes et associations;
- les partenariats créés et ceux qui sont en cours.

Ces indicateurs sont évidemment perfectibles, et leur utilisation récente ne permet pas une présentation exhaustive des résultats atteints.

Orientation 1

Contribuer à l'adoption d'une vision globale et prospective de la santé, du bien-être et du développement social des groupes et des collectivités et à la détermination des objectifs et des moyens de les améliorer

Axe 1 :
La mesure de la santé et du bien-être, en lien avec le développement social des collectivités

Objectif 1 :
Produire en partenariat des rapports sur la mesure de l'état de santé et de bien-être en lien avec le développement social des collectivités

Résultats visés (2002-2003) **:**

- **un ou des rapports sur la mesure de l'état de santé et de bien-être en lien avec le développement social des collectivités.**

Résultats atteints :

- **Rapport de recherche sur la mesure du développement social**

En continuité de ses travaux sur le développement social, le Conseil a contribué, avec d'autres organismes publics, au financement d'un rapport de recherche sur les aspects quantitatifs de la mesure du développement social. Un professionnel du Conseil a aussi participé à la rédaction de ce rapport intitulé *Comment mesurer le développement social*.

Le rapport examine les moyens par lesquels on pourrait mesurer de manière synthétique l'état et les processus du développement social au Québec. Le document explore diverses avenues empruntées par les chercheurs en sciences sociales, d'ici et d'ailleurs, pour développer des indicateurs sociaux synthétiques qui, même s'ils ne portent pas spécifiquement sur le développement social, permettent néanmoins de faire avancer une réflexion sur la mesure de ce dernier. Le rapport de recherche classe et évalue ces indicateurs en fonction d'une définition du développement social qui s'appuie sur les définitions avancées préalablement par le Conseil de la santé et du bien-être. Il explore certaines avenues qui paraissent les plus prometteuses et, enfin, propose un plan de recherche qui vise à permettre aux chercheurs et aux organismes publics de concevoir des instruments pour mesurer le développement social au Québec.

Cette recherche a été financée dans le contexte de l'action concertée conjointe entre le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, le Conseil de la santé et du bien-être, l'Institut de la statistique du Québec, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie.

Les partenaires se sont réunis le 18 février 2003 pour discuter des suites à donner à cette recherche. L'idée initiale de ce projet était d'en arriver à un indicateur intégré pour mesurer le développement social. Le rapport de recherche propose plutôt un cadre de référence, 14 « indicateurs » ou facteurs à prendre en considération, et conclut à la nécessité d'un vaste chantier de recherche. Les partenaires s'entendent pour transmettre le document à leur organisme respectif, pour assurer un rôle de transmission de l'information, pour stimuler la recherche à partir de ce cadre de référence. Les 14 « indicateurs » interpellent différents ministères qui ont un intérêt pour le développement social. Des alliances pourraient être développées entre les chercheurs des milieux universitaire et gouvernemental.

Considérant l'absence d'unanimité sur le choix des indicateurs et sur la pertinence de la mesure du développement social, le Conseil n'a pas produit le rapport ou les rapports prévus sur la santé et le bien-être en lien avec le développement social des collectivités. L'avis intitulé *Pour une stratégie du Québec en santé* contient toutefois une mesure de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population en lien avec les objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* et sur la base d'une trentaine d'indicateurs. Cet avis contient aussi une évaluation de l'action des acteurs en vue de favoriser le développement de communautés en santé.

Axe 2 :
L'évolution de la *Politique de la santé et du bien-être*

Objectif 2 :
Élaborer, en concertation avec les acteurs du réseau des services de santé et des services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux, un scénario d'évolution de La politique de la santé et du bien-être

Résultat visé (2002-2005) :

- l'adoption de l'avis *Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir*
- le suivi et la promotion de l'avis
- la tenue d'un colloque par l'ACFAS

Résultats atteints :

L'avis *Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir* a été adopté par les membres du Conseil le 12 avril 2002. Pour l'essentiel, le Conseil présente dans cet avis un scénario d'évolution de *La politique de la santé et du bien-être*.

Dans cet avis, le Conseil recommande de reprendre la conception interactive de la santé, présente dans la politique de 1992, et d'axer la politique révisée sur la prévention des problèmes et la promotion de la santé. Pour le Conseil, la politique révisée doit orienter les décisions et les actions en matière de services de santé et de services sociaux, ce qui ne peut toutefois se faire sans un engagement gouvernemental soutenu. Le Conseil recommande également que la politique révisée contienne des objectifs diversifiés visant la réduction de problèmes prioritaires, la réduction des écarts, l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être, ainsi que l'amélioration du système de services de santé et des services sociaux. Le Conseil complète son scénario d'évolution en indiquant les principales conditions de réussite de la mise en œuvre d'une politique de la santé et du bien-être révisée. Il en ressort cinq conditions essentielles : des responsabilités partagées, la participation des acteurs locaux et régionaux, la participation du personnel et des professionnels du réseau de services, l'existence d'une marge de manœuvre régionale en matière d'allocation des ressources et l'intersectorialité.

L'avis a été rendu public le 28 août 2002 lors d'une conférence de presse. La présidente a de plus rencontré l'équipe éditoriale des quotidiens *Le Soleil* et *The Gazette* et elle a accordé quatre entrevues, dont une avec le journal *Artère* publié par l'Association des hôpitaux du Québec.

Quatre thèmes ont été abordés par les médias dans leur couverture de l'événement. L'importance de la prévention des problèmes de santé et de bien-être comme moyen d'améliorer la santé et le bien-être a été soulignée. Les écarts observés entre les régions sociosanitaires québécoises, particulièrement les bilans de santé des régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord, ont été relevés. L'évolution de certains problèmes sociaux, tels les abus faits aux enfants et le suicide, a été considérée comme une source de préoccupation. Enfin, des liens ont été établis entre l'avis du Conseil et le plan d'action annoncé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. L'avis a été présenté comme un outil pouvant aider le ministre dans la démarche d'élaboration du plan d'action ministériel.

Lors de la réunion des membres du Conseil tenue en septembre 2002, l'avis a été présenté au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, monsieur François Legault, de même qu'au ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention, monsieur Roger Bertrand. Par la suite, les ministres ont présenté les grandes lignes du plan d'action ministériel en soulignant les similitudes entre l'avis du Conseil et le plan d'action.

Toujours en septembre, une tournée régionale a été entreprise pour faire connaître, aux acteurs locaux et régionaux interpellés dans l'avis, le scénario de révision de *La politique de la santé et du bien-être* élaboré par le Conseil. La tournée s'est déroulée entre le 18 septembre et le 11 octobre 2002 dans six régions du Québec : Montréal-Centre, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Québec et Mauricie–Centre-du-Québec.

L'accueil réservé à l'avis du Conseil dans les régions visitées a été très positif. D'une part, la majorité des partenaires œuvrant dans les régies régionales de la santé et des services sociaux rencontrés ont indiqué leur intention d'utiliser cet avis du Conseil pour les aider à élaborer leur planification stratégique régionale. D'autre part, les participants aux différentes rencontres régionales ont retrouvé dans l'avis du Conseil plusieurs thèmes qui rejoignent leurs préoccupations, dont :

- l'accent mis sur la prévention et la façon de l'intégrer dans l'ensemble des interventions;
- l'importance accordée aux déterminants sociaux de la santé;
- la participation des professionnels et du personnel du réseau considérée comme étant une condition de réussite;
- l'intersectorialité considérée comme étant une condition de réussite;
- la nécessité d'améliorer les indicateurs utilisés pour évaluer l'évolution des problèmes de santé et de bien-être, particulièrement dans les cas d'intégration

des personnes handicapées et de problèmes de santé mentale, de façon à faire une meilleure évaluation de l'état de la situation.

Un compte rendu de cette tournée régionale est disponible dans le site Internet du Conseil.

L'avis est disponible en français et en anglais. Il a été diffusé principalement auprès des acteurs du réseau des services de santé et des services sociaux. Au 31 mars 2003, environ 4140 exemplaires avaient été distribués. Au cours de l'année, l'avis a été consulté plus de 1526 fois en français et 1585 fois en anglais dans le site Internet. Le rapport sur *La politique de la santé et du bien-être : regard sur quelques expériences étrangères* a fait l'objet de 4528 consultations.

En terminant, soulignons que le scénario d'évolution développé par le Conseil dans son avis sur le renouvellement de *La politique de la santé et du bien-être* a été présenté dans le livre intitulé *Introduction à la sécurité sociale au Québec*, paru en janvier 2003 aux Presses de l'Université Laval.

Quelques mois après la parution de l'avis du Conseil, le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan de la santé et des services sociaux* ont été rendus publics. Nous observons de nombreux éléments de convergence entre ces deux documents et l'avis du Conseil.

À l'instar de l'avis du Conseil, le nouveau *Programme national de santé publique* met l'accent sur la prévention des problèmes, les déterminants de la santé et les stratégies d'action. Des objectifs de réduction de problèmes de santé sont également identifiés (violence envers les enfants, troubles de comportement chez les enfants et les adolescents, violence envers les femmes et les personnes âgées, suicide, maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires, maux de dos).

Pour sa part, le *Plan de la santé et des services sociaux* jette un regard d'ensemble sur les priorités du système de santé au Québec. Les grandes lignes du plan rejoignent plusieurs des recommandations émises dans l'avis du Conseil sur la révision de *La politique de la santé et du bien-être :* la prévention, la consolidation de la première ligne de service et des services à domicile, la décentralisation, la reddition de comptes et l'imputabilité, l'existence d'une marge de manœuvre dans l'allocation des ressources, l'allocation des ressources selon les caractéristiques et les besoins des populations, ainsi que la participation du personnel et des professionnels du réseau.

• Colloque dans le cadre de l'ACFAS : *La politique de la santé et du bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche*

Le Conseil a organisé, en collaboration avec le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), un colloque intitulé *La politique de la santé et du bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche*. Ce colloque a eu lieu le jeudi 16 mai 2002 à l'Université Laval à l'occasion du 70e Congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS).

Dix ans après l'adoption de cette politique, les participants à ce colloque ont été invités à se questionner sur les réussites et les échecs de cette politique ainsi que sur le rôle de la recherche sur ces deux résultats.

De ce colloque il est ressorti que les connaissances et la force des infrastructures en recherche sociale se sont améliorées au cours des dix dernières années. Toutefois, il semble que les rapprochements entre les chercheurs, les praticiens, les décideurs et les investisseurs, tant privés que publics, aient été plus grands et plus efficaces pour la réduction de la mortalité que pour l'amélioration de la qualité de vie. Un rapport de ce colloque est en préparation pour publication. La conférence de clôture de la présidente est disponible dans le site Internet du Conseil.

• Autres activités

La présidente a réalisé une entrevue avec un journaliste de France-Culture, sur la comparaison France-Québec en matière de politique de santé. Elle a participé à une table ronde à l'atelier Santé de la 59e Commission permanente de coopération franco-québécoise, organisée par la Direction France du ministère des Relations internationales. Elle a de plus assisté à la 9e Conférence canadienne sur la santé internationale sous l'égide du *Canadian Society For International Health*, sur le thème « Pauvreté, santé et équité : des solutions novatrices aux problèmes mondiaux ».

La présidente a aussi été présente au Forum organisé par la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, sur le thème de « La recherche et l'action : quelles fréquentations ? », ainsi qu'à la Conférence nationale sur la prévention organisée par le ministre Roger Bertrand.

Le Conseil participe par ailleurs aux rencontres entourant le « Programme intégré d'études longitudinales », mis en place par l'Institut de la statistique du Québec.

Axe 3 :
La promotion d'une stratégie québécoise de développement social

Objectif 3 :
Alimenter l'élaboration de la stratégie québécoise de développement social par une information issue des localités et des régions

Résultats visés (2002-2003) :

- **la promotion du développement social auprès d'acteurs locaux, régionaux, et centraux ;**
- **la continuité de la production du bulletin d'information *Développement social*.**

Résultats atteints :

- **Rencontre avec les acteurs locaux et régionaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Le 13 juin 2002, le Conseil a rencontré, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, des intervenantes et intervenants en développement social. Ces personnes travaillent au sein de la Table de secteur du Fjord (Table « promotion-prévention »), du Forum de concertation du réseau de la santé et des services sociaux et de la Commission sur le développement social du Conseil régional de concertation et de développement (CRCD). L'objectif principal de la rencontre consistait à échanger sur les préoccupations touchant l'intersectorialité dans les services de santé et les services sociaux et le développement social.

Les participants ont témoigné de l'importance accordée à la concertation, de leur volonté de situer le citoyen au cœur des préoccupations, des conditions de succès de leur fonctionnement et des priorités de l'entente-cadre en développement social.

Pour le Conseil, cette rencontre a été d'un grand intérêt, puisqu'elle lui a permis de constater, à partir de présentations éloquentes, la capacité locale et régionale de faire des choix et de mettre en œuvre collectivement des solutions.

- **Bulletin *Développement social***

Le bulletin *Développement social* a maintenant quatre ans d'existence. Il se veut un suivi du Forum sur le développement social organisé par le Conseil en avril 1998. Il a pour objectif de faciliter la circulation de l'information entre les différents acteurs, de soutenir les démarches régionales en venant rendre compte des travaux réalisés et de poursuivre la réflexion sur le développement social.

Le Conseil a continué à être éditeur du bulletin en s'associant à un ensemble de partenaires, à savoir : le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Famille et de l'Enfance, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le Conseil de la famille et de l'enfance, le Conseil du statut de la femme, l'Institut national de santé publique du Québec, l'Association des régions du Québec, la Fédération québécoise des municipalités, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, l'Association des CLD du Québec, ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie–Centre-du-Québec.

Le bulletin a fait l'objet de quatre parutions au cours de l'année. Tiré à plus de 14 000 exemplaires, il vise à rejoindre l'ensemble des organisations locales, régionales et nationales concernées et engagées dans le développement social, de même que d'autres organisations ou secteurs peu présents jusqu'à présent dans les démarches de développement social. Le bulletin est également acheminé aux députés, aux ministres et aux organismes publics. Le numéro spécial d'avril 2002 portait sur la lutte contre la pauvreté et celui de juin 2002 a été consacré à la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et au développement social. Le numéro de novembre 2002 traitait principalement de la stratégie de lutte contre la pauvreté, et en janvier 2003 paraissait un numéro spécial sur la Conférence nationale sur la prévention, tenue le 18 novembre 2002.

Le nombre de consultations des bulletins *Développement social* dans notre site Internet a varié cette année en fonction des numéros, soit entre 1854 et 13534 fois. Le bulletin portant sur la pauvreté est celui qui a été le plus consulté.

- **Mémoire intitulé Lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : une nécessité pour tous les Québécois et toutes les Québécoises et présentation à la Commission des affaires sociales pour l'étude du projet de loi no 112**

Dans le cadre des travaux de la Commission des affaires sociales portant sur l'étude du projet de loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, le Conseil a présenté un mémoire intitulé *Lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : une nécessité pour tous les Québécois et toutes les Québécoises*. Le Conseil a aussi émis un communiqué à la suite du dépôt de ce projet de loi.

Ce mémoire s'articule autour de quatre messages. Le premier réaffirme la pertinence et la nécessité de donner suite à la volonté de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, rappelant le lien étroit qui existe entre, d'une part, la pauvreté et l'exclusion sociale et, d'autre part, les problèmes de santé et de bien-être. Le

deuxième message stipule que l'intersectorialité représente le moyen par excellence pour articuler la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Quant au troisième message, il affirme que l'établissement d'un barème plancher pour les individus qui bénéficient de la sécurité du revenu constitue l'un des premiers moyens à mettre en œuvre. Le dernier message stipule que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale devrait miser sur l'appropriation par les collectivités des leviers de leur développement et sur la participation sociale en vue de favoriser l'engagement de l'ensemble de la société dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Invitée par les ministres Linda Goupil et Nicole Léger, responsables du projet de loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, la présidente a participé à une rencontre de consultation avant le dépôt final du projet de loi.

La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été sanctionnée le 18 décembre 2002, et le Conseil a réagi en rendant public un communiqué dans lequel il soulignait que les amendements apportés au projet de loi, au terme des consultations menées par la Commission des affaires sociales, répondaient de façon satisfaisante aux questions soulevées par le Conseil, qu'il s'agisse de la garantie d'un revenu de base sans condition (le barème plancher) ou de l'adoption d'une clause d'impact qui amènera les différents ministères à déterminer les effets de leurs actions sur les conditions de vie des citoyens et citoyennes.

Le mémoire *Lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : une nécessité pour tous les Québécois et toutes les Québécoises* a fait l'objet de 4742 consultations dans le site Internet du Conseil. Le mémoire *Lutte à la pauvreté : Agir tout de suite et sur le long terme* présenté en décembre 2001 a été consulté 7743 fois cette année.

- **Autres activités**

La présidente a assisté au colloque du Centre de recherche sur les politiques et le développement social de l'Université de Montréal, dont le thème était « Une stratégie et une loi pour contrer la pauvreté : la nouvelle approche québécoise ».

Axe 4 :
L'appropriation par les communautés locales de leur développement

Objectif 4 :
Promouvoir l'appropriation de leur développement par les communautés

Résultats visés (2002-2003) :

- **un avis sur *Les projets de développement social : comment améliorer l'appui gouvernemental***

Résultats atteints :

- **Projet d'avis sur les conditions du développement social**

Au moment de la rédaction de ce rapport de gestion, le Conseil travaillait à la préparation d'un projet d'avis sur le développement social ayant pour but d'élaborer des recommandations structurantes afin de consolider les forces et contrer les obstacles à l'action en matière de développement social.

- **Autres activités**

Le 28 mai 2002, lors du colloque *Le développement des communautés c'est l'affaire de tous... Et j'y contribue !*, organisé par le comité de suivi du Forum sur le développement des communautés et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, la présidente du Conseil a présenté une allocution sur le rôle des CLSC dans le développement des communautés.

Le 7 juin 2002, elle a aussi prononcé une allocution à la journée de réflexion tenue par la Table nationale des corporations de développement communautaire (TNCDC) sur les notions de développement social, local, communautaire et économique communautaire, et les pratiques qui s'ensuivent. Le but de l'exposé était d'illustrer le lien direct qui existe entre, d'une part, les différentes notions liées au développement et, d'autre part, les pratiques qui y sont rattachées. Le texte de cette conférence est disponible dans le site Internet du Conseil.

Une professionnelle du Conseil a été présente au colloque du Réseau québécois de Villes et Villages en santé sur le thème « Vers des communautés durables », ainsi qu'au Forum national organisé par le Chantier de l'économie sociale.

Enfin, la présidente a participé à une rencontre avec des représentants Français de l'Observatoire national de l'action sociale à la demande du ministère de la Famille et de l'Enfance, et a présenté la situation québécoise et les positions du Conseil sur *La politique de la santé et du bien-être* et le développement social.

Orientation 2
Contribuer à soutenir la santé et le bien-être de groupes sociaux particuliers

Axe 1 : La participation sociale des jeunes

Objectif 5 :
Compléter et diffuser un avis sur la participation sociale des jeunes, leurs conditions de vie, leurs milieux d'appartenance et les pratiques de services sociaux

Résultats visés (2002-2003) :

- l'adoption, la diffusion et la promotion de l'avis *Quel temps pour les jeunes ?*

Résultat atteint :

- Suivi des recommandations de l'avis *Quel temps pour les jeunes ?*

Le Conseil a publié, en septembre 2001, un avis portant sur les jeunes et sur les services qui leur sont destinés. Cet avis s'intitule *Quel temps pour les jeunes ?* En conséquence, le Conseil s'est intéressé à la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention, monsieur Roger Bertrand, a rendu publique le 7 juin 2002.

Dans une lettre qu'il a adressée au ministre lors du dévoilement de cette stratégie, le Conseil suggère de ne pas limiter les efforts de prévention des problèmes sociaux qui touchent les jeunes aux seuls efforts des organismes du réseau des services de santé et des services sociaux, mais d'agir de manière à ce que les jeunes jouent un plus grand rôle à l'école, dans le monde du travail et dans leur communauté.

Le Conseil a aussi fait valoir que la continuité des services ne se résume pas à un quelconque partage d'objectifs et d'outils d'intervention communs, mais qu'elle passe d'abord et avant tout par la continuité du lien avec un intervenant en qui ils ont confiance et avec qui il leur est plus facile de progresser dans la recherche de solutions face aux problèmes qu'ils rencontrent.

L'avis *Quel temps pour les jeunes ?* a fait l'objet de 12 684 consultations cette année, et le rapport *Regard des jeunes sur les services qui leur sont destinés – Des pratiques à réviser* a été consulté 3094 fois.

- Autres activités :

La présidente a aussi participé au Colloque international « Manifeste pour les enfants : vers un réseau international d'échanges et de bonnes pratiques », à Bruxelles. Ce manifeste élaboré durant le colloque a été déposé à l'Organisation des Nations unies en juin 2002.

Axe 2 : La qualité de vie, l'intégration sociale et les services aux personnes aînées

Objectif 6 :
Finaliser et diffuser un avis sur le rôle des personnes âgées, le soutien des personnes qui les aident, l'accessibilité à une gamme complète de services, la coopération sectorielle et intersectorielle et le financement des services

Résultat visé (2002-2003) :

- la diffusion et la promotion de l'avis *Vieillir dans la dignité*

Résultat atteint :

À l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a entrepris une importante consultation publique sur le thème de l'exploitation des personnes âgées. Au terme de celle-ci, elle a rendu public, en octobre dernier, un document intitulé *L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré*. Suivant la parution de ce document, la Commissaire aux personnes âgées de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, madame Nicole Brodeur, a sollicité une rencontre auprès du Conseil afin de recueillir ses commentaires sur les recommandations formulées par la Commission, de prendre connaissance des actions concrètes que le Conseil a déjà menées en regard de l'une ou de l'autre de ces recommandations et de recevoir des suggestions sur la façon d'atteindre les objectifs poursuivis par la Commission. Cette rencontre a eu lieu le 6 juin 2002. Un rapport écrit a été transmis à la Commissaire en lien avec l'avis Vieillir dans la dignité paru en mars 2001. Nous avons insisté sur la prévention, le dépistage et l'importance du leadership gouvernemental pour contrer les situations d'abus subies par les personnes âgées de même que les situations d'épuisement des personnes aidantes.

Par ailleurs, un peu plus d'un an après la parution de l'avis *Vieillir dans la dignité*, le Conseil a réalisé le suivi

des recommandations de cet avis. De cet exercice de suivi, il ressort que les recommandations du Conseil trouvent écho au ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi qu'auprès de diverses associations et représentants d'organisations publiques et privées. Plusieurs recommandations majeures sur le plan du financement, de l'accréditation des résidences privées et du soutien aux personnes aidantes sont encore à actualiser.

Récemment, soit en février 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux rendait publique sa politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*. Dans cette politique, le Ministère reprend certains éléments de l'avis *Vieillir dans la dignité*, soit le respect du choix fait par les aînés, le soutien aux personnes aidantes, l'augmentation des services à domicile, le CLSC comme guichet d'accès, ainsi que la gratuité des services professionnels et des services d'aide domestique et d'assistance personnelle suivant une évaluation faite par le CLSC.

Cette année, l'avis *Vieillir dans la dignité* a fait l'objet de 4406 consultations dans notre site Internet, et le rapport portant le même nom a été consulté 2422 fois.

Orientation 3
Contribuer à l'amélioration de l'efficience du système de services de santé et de services sociaux

Axe 1 :
La dimension sociale des problèmes de santé et de bien-être et l'adaptation de l'offre de services sociaux

Objectif 7 :
Préparer un avis visant à mieux prendre en considération la dimension sociale des problèmes de santé et de bien-être de la population et à adapter en conséquence l'offre des services sociaux (indication des finalités, adéquation des ressources, conditions de leur efficacité)

Résultat visé (2002-2005) :

- **produire, au besoin, des études;**
- **élaborer et adopter un projet d'avis.**

Résultats atteints :

- **Travaux sur les services sociaux**

Au moment de terminer le présent rapport annuel de gestion, le Conseil réalise des travaux préparatoires afin de produire un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la question des services sociaux. Dans l'état actuel de sa réflexion, cet avis pose d'abord un regard historique sur l'évolution des services sociaux. Il situera ensuite l'état actuel de ces services, notamment en regard de la place qu'ils occupent dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux. Sur la base de cette lecture, il soulignera les principaux enjeux relatifs à la prestation des services sociaux québécois et il formulera des recommandations visant à l'améliorer.

- **Projet de recherche Rapports sociaux et production de la pauvreté**

Le Conseil a contribué financièrement à la réalisation du projet de recherche *Rapports sociaux et production de la pauvreté*. Ce rapport propose une analyse de la pauvreté sous l'angle des rapports sociaux qui en sont la cause. Il présente aussi une lecture des moyens les plus appropriés pour la contrer.

Ce rapport traite de l'influence de notre conception de la pauvreté : sur la nature et la portée de l'action de lutte contre la pauvreté; sur l'importance des processus

sociaux liés à la difficulté de se loger, de se trouver du travail, de concilier le travail et la famille; sur l'effet des mesures prévues dans la Loi sur la sécurité du revenu pour les personnes en situation de pauvreté; sur l'intervention et les mesures de lutte contre la pauvreté.

Ce rapport d'étude pourrait être publié et sera utilisé dans les travaux du Conseil sur le développement social, la pauvreté et les services sociaux.

- **Autres activités**

Le 10 juin 2002, lors de la Conférence nationale de travail social de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, tenue à Moncton, la présidente du Conseil a prononcé une allocution intitulée : « Les services sociaux au Québec : éléments de réflexion pour leur révision ». Le but de l'exposé consistait à extraire, de l'avis *Quel temps pour les jeunes ?*, d'une consultation réalisée auprès d'experts et de l'avis *Pour une stratégie du Québec en santé : Décider et agir*, des éléments pouvant aider à déterminer le besoin de réviser les services sociaux en même temps que les avenues pour ce faire. Le texte de cette conférence est disponible dans le site Internet du Conseil.

Axe 2 :
L'organisation et le financement du système de services de santé

Objectif 8 :
Contribuer à l'adaptation de l'organisation et du financement du système de services de santé et des services sociaux (Plan stratégique 2001-2004)

Résultats visés (2002-2003) :

- **suivi et promotion de la mise en œuvre des recommandations du Conseil sur l'assurance médicaments;**
- **suivi et promotion de la mise en œuvre des recommandations du Conseil sur le système de services;**
- **achèvement de l'étude sur le *Vieillissement et coûts pour le système de services.***

Résultats atteints :

- **Préparation d'un état de situation sur l'assurance médicaments (transmis au ministre) et d'un plan de travail**

En août 2002, le Conseil informait le ministre de la Santé et des Services sociaux de son appréciation de certaines difficultés du régime public d'assurance médicaments et de son intention de poursuivre l'analyse des causes de ces difficultés.

Le Conseil invoquait que les ajustements apportés par la loi modifiant la Loi sur l'assurance médicaments au régime public d'assurance médicaments, bien que nécessaires, ne constituent pas une solution durable. De l'avis du Conseil, le régime, sous sa forme actuelle, n'atteint pas tous les objectifs pour lesquels il a été conçu. Ainsi, alors que sa mission première consiste à rendre accessibles les médicaments de prescription, les hausses répétées de la contribution financière des adhérents du régime limitent cet accès. De même, le Conseil remet en question l'équité du régime public d'assurance médicaments. Finalement, le régime ne réussit pas encore l'intégration escomptée des médicaments à l'arsenal thérapeutique, pas plus qu'il n'a à ce jour démontré sa capacité à contrôler la croissance de ses coûts. Le Conseil est convaincu qu'il faut apporter au régime québécois d'assurance médicaments des modifications substantielles pour le rendre conforme à sa visée première.

À cet égard, le Conseil croit que l'expérience canadienne et étrangère dans la gestion des médicaments de nécessité médicale est susceptible de livrer un enseignement profitable pour le Québec.

- **Recherche sur l'évolution des dépenses de médicaments de prescription, leçons pour le Québec**

Le Conseil a demandé à deux chercheurs du UBC Centre for Health Services and Policy Research, Steve Morgan et Jonathan D. Agnew, de réaliser une recherche sur les facteurs de croissance des coûts des médicaments de prescription et leurs répercussions sur les politiques québécoises. Celle-ci mène au constat, sur la base d'une analyse des données québécoises et canadiennes, que l'utilisation des médicaments représente le premier facteur de croissance des dépenses dans ce secteur, que le second facteur d'inflation de ces dépenses est le changement dans les produits utilisés pour le traitement et, finalement, que le prix des médicaments ne constitue pas un facteur significatif d'augmentation des coûts. L'analyse de la situation québécoise et canadienne révèle donc que l'augmentation des dépenses de médicaments est attribuable à la manière dont on les utilise et donc que tout programme désirant gérer les dépenses de médicaments doit agir sur les choix thérapeutiques s'il désire contrôler la situation. Par ailleurs, une revue de la littérature révèle l'existence de quatre catégories de déterminants agissant sur les coûts des médicaments : 1) les besoins de la population, 2) les choix thérapeutiques, 3) la prestation de services et 4) le prix. Encore là, les choix thérapeutiques constituent le

facteur le plus significatif de croissance des dépenses de médicaments.

- **Avis et rapport intitulés Le financement privé des services médicaux et hospitaliers**

L'avis *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers* a été adopté le 18 décembre et transmis au ministre le 23 décembre.

Le Conseil de la santé et du bien-être est intervenu à plusieurs reprises sur la question du financement du système de santé, sur celle du financement privé et sur la place du secteur privé dans l'offre de services. Si le Conseil a décidé d'intervenir à nouveau sur la question du financement privé, c'est qu'un changement important est survenu dans le type de services visés par ce mode de financement.

En effet, plusieurs suggèrent d'encourager le financement privé pour les services reçus d'un médecin ou d'un hôpital. Jusqu'ici, le financement privé s'est surtout développé dans des catégories de services que le secteur public ne couvre pas ou ne couvre que partiellement, comme les services dentaires, les services de soins à domicile, les médicaments. Un tel changement doit, de l'avis du Conseil, être évalué de manière précise par les décideurs, par ceux qui donnent les services et par la population.

Dans l'avis intitulé *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers*, le Conseil prend au pied de la lettre les principales affirmations en faveur du financement privé des services médicaux et hospitaliers et les examine à la lumière des connaissances actuelles, de l'expérience d'ici et d'ailleurs, ainsi que des résultats des recherches les plus récentes.

Un examen des expériences menées ailleurs et des connaissances disponibles fait ressortir à quel point le financement privé des services médicaux et hospitaliers s'avère un choix peu judicieux pour le Québec. Ou bien il est introduit modestement et sa contribution est nulle, ou bien il est introduit massivement et les changements qu'il commande dans l'économie générale du système de santé québécois en entravent la bonne marche, à savoir : l'accès à des services de qualité est réduit pour la majorité de la population; la santé des personnes vulnérables est davantage menacée; les personnes économiquement défavorisées et les malades doivent consacrer une part plus importante de leurs dépenses aux services de santé tandis que le fardeau fiscal des plus riches sera diminué; l'appareil de gestion des services de santé est alourdi; etc.

Trois aspects de ce diagnostic retiennent l'attention.

D'une part, contrairement à l'opinion répandue, donner à des individus financièrement à l'aise la possibilité de payer eux-mêmes les services médicaux et hospitaliers de leur choix n'aura pas pour effet de soulager un système public prétendument « engorgé ». Un ajout d'argent ne saurait augmenter à court terme la main-d'œuvre disponible, pas plus qu'il n'a démontré sa capacité à accroître la productivité de celle-ci. En revanche, l'introduction du financement privé a démontré qu'il entraînerait vraisemblablement une augmentation des revenus des praticiens et des coûts totaux de la santé.

D'autre part, malgré ce que certains en disent, le financement privé de services médicaux et hospitaliers n'a pas pour effet d'accroître l'accessibilité des services financés par des fonds publics et donc de réduire les délais d'attente pour ceux-ci. Au contraire, non seulement l'introduction de services financés par des fonds privés au sein d'un système public allonge ces délais, mais elle génère une demande additionnelle de services de santé publics.

Finalement, l'imposition de frais modérateurs à l'utilisation de services couverts par un régime public a pour effet de restreindre l'accès aux services médicaux et hospitaliers des personnes des classes de revenu les plus faibles, de décourager l'utilisation de services médicaux, qu'elle soit nécessaire ou non, et, enfin, de ne contribuer en rien à la réduction des dépenses de santé.

Au terme de cet avis, le Conseil conclut que le financement privé des services médicaux et hospitaliers s'avère, au mieux, inutile, au pire, nuisible.
Un rapport détaillé sur lequel s'appuie cet avis a également été publié par le Conseil.

Concernant la diffusion de cet avis rendu public le 6 mars 2003, le Conseil a émis un communiqué de presse. La présidente du Conseil et le président du comité de travail ont accordé des entrevues, et deux articles ont respectivement été publiés dans les quotidiens *Le Soleil* et *Le Devoir*.

Le rapport, l'avis et sa traduction ont été rendus disponibles dans le site du Conseil le jour de sa publication. Au 31 mars 2003, ces documents ont été distribués à plus de 1 446 exemplaires. L'avis a fait l'objet de 10 644 consultations dans notre site Internet, sa version anglaise a été consultée près de 8 000 fois et le rapport qui porte le même nom a été consulté 8 915 fois.

En matière de suivi de cet avis, le Conseil a réalisé une réflexion sur la place des cliniques et cabinets privés dans les services médicaux et hospitaliers assurés par l'État.

- **Étude sur le vieillissement**

Le Conseil s'était engagé à terminer l'étude sur le *Vieillissement et les coûts pour le système de services* entreprise au cours de l'année 2002-2003. Les recherches sur l'impact financier du vieillissement ont progressé en cours d'année. Toutefois, au cours de l'automne, le Conseil a suspendu ces recherches pour se concentrer sur d'autres priorités de travail, dont la rédaction de l'avis *Financement privé des services médicaux et hospitaliers.*

- **Autres activités**

Le Conseil a émis trois communiqués en lien avec sa troisième orientation, qui vise l'efficience du système de services de santé et de services sociaux. Le premier communiqué traitait du bulletin de santé des hôpitaux québécois, le deuxième réagissait au *Plan de la santé et des services sociaux* et le troisième faisait suite au dépôt du rapport Romanow.

4

Orientation

Contribuer à la réalisation des choix éthiques pour le système de services de santé et de services sociaux

Axe 1 :
Les enjeux éthiques liés à l'information génétique

Objectif 9 :
Finaliser l'élaboration, la consultation nécessaire, et diffuser un avis portant sur les impacts individuels et sociaux liés à l'information génétique dans le contexte clinique, de la recherche, de l'assurance et de l'emploi (Plan stratégique 2001-2004)

Résultat visé (2002-2003) :

- suivi et promotion de l'avis *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : Enjeux individuels et sociaux à gérer* produit en 2001 ;
- élaboration d'un projet d'avis sur les banques d'ADN.

Résultats atteints :

- Suivi des recommandations de l'avis *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : Enjeux individuels et sociaux à gérer*

Mentionnons d'abord que l'avis *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : Enjeux individuels et sociaux* à gérer a fait l'objet de 14 054 consultations dans notre site Internet cette année. Le résumé français a été consulté 9227 fois et le résumé anglais, 2914 fois. Le rapport du même nom publié en février 2000 a été consulté plus de 6000 fois au cours de l'année.

Par ailleurs, à l'été 2002, une étude évaluative de l'avis a été réalisée au moyen d'un questionnaire envoyé aux personnes qui avaient reçu l'avis. Le questionnaire avait pour but de vérifier entre autres : si l'avis avait été reçu; le niveau d'intérêt qu'il avait suscité; le temps de lecture accordé; l'utilité et la qualité des informations qu'il contient; le niveau d'accord ou de désaccord avec les recommandations formulées; le niveau de satisfaction; si l'avis avait répondu à un besoin ou à certaines interrogations; les usages qui en avaient été fait; l'appréciation du niveau de langage et de certaines caractéristiques, comme la longueur des textes, la division de l'information, le format et l'apparence du document. Les réponses ont été très positives, mais, compte tenu du faible taux de réponse, qui s'explique par la période estivale et le délai trop long entre la réception de l'avis et l'émission du questionnaire, le Conseil a considéré cette démarche comme un test par rapport à des démarches analogues qu'il pourrait réaliser. Une période de l'année plus propice et un échantillon du sondage plus circonscrit, qui favorise un rappel en cas de non-réponse, seront envisagés.

Le Conseil a diffusé un communiqué de presse intitulé *Les banques d'ADN : il est temps d'agir.* Le Conseil lançait ce message au moment où la Commission de l'éthique de la science et de la technologie (CEST) publiait un avis sur le sujet intitulé *Les enjeux éthiques des banques d'information génétique: pour un encadrement démocratique et responsable.* Dans ce communiqué, la présidente du Conseil rappelait au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux des propositions concrètes permettant une action relativement aux enjeux que pose la création de banques de matériel et d'information génétiques. Des mesures doivent être prises, particulièrement aux chapitres du processus d'approbation de ces banques, de la protection du public et des renseignements personnels et de l'agrément des comités d'éthique à la recherche. Il s'agit là de trois questions qui interpellent directement la population. Un texte analysant les enjeux et rappelant des recommandations du Conseil pour agir efficacement et rapidement a été transmis au ministre et au président de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie.

La Commission de l'éthique de la science et de la technologie, dans l'avis susmentionné, affirme dans son introduction que l'avis du Conseil de la santé et du

bien-être sur l'information génétique a servi de point de départ à ses travaux et reconnaît explicitement dans le corps de l'avis la qualité de l'analyse faite des balises existantes.

La Commission d'accès à l'information a entériné neuf des recommandations du Conseil dans son rapport quinquennal déposé à l'Assemblée nationale en décembre 2002. Dans ce rapport intitulé *Une réforme de l'accès à l'information : le choix de la transparence*, la Commission demande que l'on donne suite aux recommandations formulées par le Conseil de la santé et du bien-être et se dit prête à assumer les fonctions proposées par le Conseil.

La présidente a par ailleurs répondu à une demande de commentaires formulée par la présidente de la Commission d'accès à l'information à l'égard de recommandations que la Commission a formulées dans son rapport quinquennal au sujet des demandes d'autorisation d'accès à l'information aux fins de recherche.

• Étude comparative sur les banques d'ADN

Une étude comparative sur les banques d'ADN dans le monde est en cours de réalisation. Vu un changement dans les fonctions du professionnel responsable du dossier, la production d'un projet d'avis a été reportée.

• Autres activités

Le Conseil a collaboré à une demande de subvention relative au Programme de recherche en appui aux politiques de santé en génétique dans un souci de qualité, d'efficience et de bien-être social. En janvier 2003, l'Institut de génétique (IG) et l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont approuvé la demande. Il s'agit d'un financement de 200 000 $ par année, pour cinq ans.

Le projet vise à appuyer l'élaboration de politiques de santé en génétique par la mise sur pied d'un réseau, ou *knowledge network*, soit un espace d'interaction des individus participant à la production, la transmission et l'utilisation des connaissances dans le domaine de la génétique. À cet effet, le réseau réunit des partenaires issus des milieux universitaire et clinique, d'organismes ayant une fonction de conseil et d'aide à la décision, ainsi que d'instances gouvernementales chargées de la formulation des politiques. Trois axes structurent les activités scientifiques du groupe, soit : 1) génétique et services de santé, 2) génétique et santé publique et 3) génétique et communication avec le public.

L'objectif général est de répondre en temps opportun par de la recherche transdisciplinaire à des questions pertinentes à l'élaboration des politiques dans le domaine de la génétique, dans un souci de qualité et d'efficience du système de santé et dans le respect des valeurs sociales.

Autre activité en lien avec la génétique, le Conseil prend part à des rencontres de concertation interorganismes du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de génétique.

Axe 2 : Les enjeux éthiques qui confrontent le système de services

Objectif 10 :
Maintenir une vigilance à l'égard des enjeux éthiques qui confronteront de plus en plus le système de services de santé et de services sociaux (Plan stratégique 2001-2004)

Résultats visés (2002-2003) :

- **formation d'un comité de travail sur les enjeux éthiques en santé;**
- **étude sur les enjeux éthiques en fin de vie (ressources, services, pratiques), suivie d'un avis;**
- **étude sur l'encadrement des comités d'éthique de la recherche, suivie d'une consultation et d'un avis;**
- **étude sur les comités consultatifs d'éthique.**

Réalisations :

• Formation d'un comité de travail sur les enjeux
En septembre 2002, une proposition de composition d'un comité de travail sur les enjeux éthiques a été présentée aux membres du Conseil et été acceptée. Les membres de ce comité sont : Paul-André Comeau, qui préside le comité, Linda Beauchamp-Provencher, membre du Conseil, Dr Paul Robinson, Bruno Leclerc, Ghislaine de Langavant et Dr Yves Bolduc. Se sont jointes par la suite Martine Couture et Gisèle Dubé, membres du Conseil. Anne Marcoux, secrétaire générale par intérim, a assumé la coordination des travaux de ce comité.

• Étude et projet d'avis sur les enjeux éthiques en fin de vie

Dans son rapport sur les enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être publié en 1997, le Conseil de la santé et du bien-être soulignait que « la

place accordée aux soins palliatifs et au soulagement de la douleur dans notre système de soins de santé et dans le domaine de la recherche doit être réévaluée». Ce constat faisait écho à celui effectué il y a une quinzaine d'années par le Conseil des affaires sociales et de la famille dans son avis (1981) sur l'humanisation des soins aux mourants intitulé *Mourir chez soi*.

En mai 2002, le Conseil de la santé et du bien-être a fait produire un rapport sur la question des soins palliatifs en se concentrant, d'une part, sur l'état de la situation des services et initiatives politiques en matière de soins palliatifs au Québec et au Canada et, d'autre part, sur les considérations d'éthique qui accompagnent le défi pour la société québécoise d'intégrer les soins palliatifs au continuum des soins du réseau de la santé et des services sociaux.

Un document préliminaire intitulé *La prestation de soins palliatifs de qualité au Québec : questions et enjeux d'éthique* a été présenté au comité de travail sur les enjeux éthiques du Conseil en octobre 2002.

Un projet d'avis, intégrant l'ensemble des propos des membres du comité, intitulé *Des soins palliatifs de qualité pour tous : Considérations éthiques sur cet engagement collectif nécessaire*, a été soumis au comité de travail et au Conseil. Ce texte situe le mouvement québécois de développement des soins palliatifs inspiré par une volonté de réappropriation de la mort, analyse l'écart entre la volonté des personnes de choisir le lieu de leur mort et les limites des services offerts. Aussi, il suggère les défis à relever pour modifier la situation actuelle et pour sensibiliser le public, soulager les souffrances, soutenir les familles et améliorer les pratiques professionnelles. Ce projet d'avis sera soumis aux membres du Conseil, pour adoption, à la réunion d'avril 2003.

- **Étude sur l'encadrement des comités d'éthique de la recherche**

Deux rapports d'étape ont été présentés au comité de travail sur les enjeux éthiques. La consultation et l'avis prévus ont été reportés.

- **Étude sur les comités consultatifs d'éthique**

Une étude intitulée *Proposition pour un comité consultatif québécois d'éthique des sciences de la vie* a été complétée en septembre 2001 et soumise à un comité de lecture en mai 2002.

- **Autres activités en lien avec l'orientation 4**

Jusqu'en décembre 2002, la secrétaire générale par intérim du Conseil participait, à titre de membre invité, à la Commission de l'éthique de la science et de la technologie.

Résultats obtenus en lien avec le développement de l'organisme 4

Résultats atteints

• Positionnement stratégique du Conseil

Dans un souci d'amélioration, le Conseil, qui a 10 ans cette année, a participé à un processus d'évaluation institutionnelle. À la suite de cette évaluation, le Conseil a procédé à l'adoption d'un positionnement stratégique qui recentre le destinataire de l'action du Conseil, soit le ministre, son objet de travail, la santé et le bien-être de la population et son assise, la participation des acteurs concernés par la santé et le bien-être de la population. Ce positionnement a amené le Conseil à consolider sa fonction de veille, à réaliser des changements dans le choix de ses priorités, dans la finalité et les caractéristiques de ses productions, dans ses processus de travail et dans ses rapports avec le Ministère et avec ses autres partenaires.

• Renforcement du rôle du comité de vigie

Dans le but de développer davantage et de consolider les fonctions de planification, de veille stratégique et d'évaluation, le Conseil s'est doté d'un comité de vigie. Ce comité a contribué au suivi du *Plan stratégique 2001-2004* et à la préparation d'un projet d'évaluation institutionnelle du Conseil. Son rôle et son statut ont fait l'objet d'une décision du Conseil. La définition suivante a été adoptée.

Son rôle : Il vise à soutenir le Conseil dans sa fonction de veille et de choix de ses orientations de travail.

Ses objets de travail : Il exerce une fonction de veille pour le Conseil. Il prépare un projet de planification stratégique, qu'il soumet au Conseil, en lui proposant des objets de travail bien circonscrits. Il fait des propositions de priorités de travail au Conseil. Il peut être appelé par la présidente à examiner l'évolution des priorités de travail en tenant compte du contexte.

Son statut : Il est un comité du Conseil formé pour faciliter sa prise de décision et celle de la présidente. Il ne constitue pas une instance de décision. Il n'exerce pas le rôle d'un comité exécutif. Il n'a pas un rôle d'approbation des avis avant qu'ils soient soumis au Conseil par le président ou la présidente d'un comité de travail.

Sa composition : Il est composé de la présidente du Conseil, du vice-président, de deux autres membres choisis par le Conseil et, dans la mesure du possible, des présidents ou présidentes des comités de travail.

Son soutien : Il est assisté par la ou le secrétaire général du Conseil. Dans la mesure du possible, ses travaux sont soutenus par une ressource professionnelle du secrétariat du Conseil ou de l'extérieur. Le comité de vigie s'est réuni à six reprises et a participé à une conférence téléphonique. Ces réunions ont porté sur l'évaluation institutionnelle, le plan d'amélioration, la planification stratégique, le colloque du 10e anniversaire du Conseil, ainsi que des éléments de stratégie et de communication.

• Définition des productions et des processus de production du Conseil de la santé et du bien-être

En lien avec l'évaluation institutionnelle, le positionnement stratégique du Conseil et les nouvelles exigences de la gestion par résultats, le Conseil s'est engagé dans un processus de formalisation de ses productions et de ses méthodes de travail. C'est dans ce contexte qu'il a adopté le document *Définition des productions et processus de production*. Ce document vise à énoncer des éléments de décision du Conseil sur trois points : les finalités et les caractéristiques des productions; les processus de production et les indicateurs de qualité. Le fonctionnement du Conseil décrit précédemment et les indicateurs présentés en troisième partie de ce rapport annuel découlent de ce document.

• Développement de la fonction de communication au Conseil

Le Conseil s'est donné comme orientation générale de développer des communications efficaces avec la population et avec ses différents publics internes et externes. Plus particulièrement, les résultats visés pour 2002-2003 étaient :

- diffuser et promouvoir les travaux du Conseil;
- bâtir des relations soutenues avec les médias;
- élargir le réseau de contacts et de partenaires du Conseil;

- créer un groupe de discussion pour les membres dans l'intranet du Conseil;
- consolider et renforcer la notoriété du site Internet du Conseil;
- maintenir des échanges réguliers avec le personnel, notamment par la tenue de réunions de régie interne toutes les deux semaines;
- organiser la fréquence de la communication écrite.

Une bonne partie de ces résultats ont été atteints. Deux avis ont fait l'objet d'une annonce publique en associant, en plus des membres, des professionnels de recherche, en faisant appel de façon ponctuelle à des consultants externes. Des relations ont été établies avec les médias et des partenariats ont été développés principalement sur les thèmes liés aux quatre orientations du Conseil et aux avis rendus publics. Huit communiqués de presse ont été émis sur des sujets d'actualité liés aux travaux du Conseil. Des efforts ont été consacrés à l'évaluation des activités de communication et des effets de la diffusion des avis; cette activité sera accentuée. Le nouveau site Internet du Conseil a été lancé le 30 mai 2002. Ce dernier facilitera des interactions sur les thèmes de travail du Conseil. De plus, le Conseil a procédé à la création d'un groupe de discussion pour les membres dans le site Internet du Conseil.

La fonction de communication devra être consolidée pour atteindre l'ensemble des objectifs visés, et ce, en lien avec les résultas de l'évaluation institutionnelle.

• Développement d'une culture de l'évaluation

Le Conseil travaille à développer une culture de l'évaluation qui assure l'efficacité et l'efficience de l'organisme. Pour ce faire :

- il se préoccupe d'adapter, au besoin, ses modes de fonctionnement, sa structure et ses ressources;
- il met en place des mécanismes lui permettant d'assurer le respect des orientations, objectifs et échéanciers de sa planification stratégique et de son plan d'action annuel. La présidente tient toutes les deux semaines des réunions de régie interne avec l'ensemble du personnel dans un but d'échange d'informations, de participation et de suivi des dossiers. Un bilan des réalisations est aussi présenté à chaque réunion des membres du Conseil;
- il assure le développement professionnel de ses employés en allouant des ressources à cette fin et en prenant en considération cet élément dans l'évaluation du rendement des professionnels;
- il assure les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires et met en place des mécanismes qui garantissent l'équilibre budgétaire et le contrôle de l'utilisation de ces ressources. La présidente tient à ces fins des réunions mensuelles pour le suivi du budget;
- il intègre l'évaluation à son mode de fonctionnement.

• Rapport annuel de gestion

Le Conseil a adapté le contenu de son rapport annuel de gestion en suivant les grandes lignes du *Guide sur le rapport annuel de gestion* axé sur la reddition de comptes. Le *Rapport annuel de gestion 2001-2002* du Conseil a fait l'objet de 11 438 consultations dans son site Internet cette année.

• La gestion des ressources humaines

Le Conseil a poursuivi l'implantation de mécanismes d'information, de coordination, de participation et d'évaluation pour assurer des communications régulières à l'interne, assurer la cohérence et le suivi des résultats en lien avec les orientations et priorités du Conseil et développer l'esprit de loyauté à l'égard de l'organisme.

La secrétaire générale par intérim participe aux rencontres des membres du réseau des répondants en éthique de la fonction publique et aux rencontres des responsables en matière de harcèlement et violence en milieu de travail.

Au cours de l'année, le Conseil a bénéficié du soutien de la Direction des ressources humaines qui joue un rôle conseil sur les différentes questions relatives aux ressources humaines et qui aide au recrutement d'employés.

• Les ressources matérielles et informationelles ajoutées

Cette année, afin de conserver les outils nécessaires au soutien matériel et informationnel, les logiciels Virtuo et SAS ont été maintenus à jour. Nous avons fait l'acquisition d'un graveur de cédérom, de deux nouveaux ordinateurs de table et d'un Palm m500.

Pour compléter la prise en charge du site Internet, nous avons acheté le logiciel Acrobat 5. Dans le but d'augmenter les possibilités d'échange d'informations, le Conseil a procédé à la mise en place, à même notre site Internet, d'un réseau intranet, réservé aux membres du Conseil, et d'un cyberbulletin qui s'adresse à toute la population.

Au cours de l'exercice qui se termine, le Conseil a obtenu le soutien matériel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'entretien et le réaménagement des aires de travail. Quelques améliorations ont été apportées aux postes de travail, notamment par l'ajout de supports ergonomiques.

Exigences législatives et gouvernementales 5

La protection des renseignements personnels

Pour se conformer au Plan d'action gouvernemental en matière de protection des renseignements personnels, le Conseil de la santé et du bien-être est associé, depuis le 9 septembre 1999, au comité mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le plan d'action gouvernemental permet en effet aux organismes relevant d'un ministre d'être intégrés au comité du ministère concerné; sept organismes relevant du ministre ou du ministère se sont prévalus de cette disposition. Le Conseil reçoit donc l'information du comité ministériel et se conforme aux lignes directrices préconisées par ce comité.

Au cours de l'année 2002-2003, la secrétaire générale par intérim, responsable de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, a participé aux activités du réseau des responsables de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels des ministères et organismes.

Cette année, le Conseil a reçu et donné suite à une demande officielle d'accès à l'information qui concernait les coûts entraînés par le programme d'identification visuelle du gouvernement du Québec.

Le code d'éthique et de déontologie des membres

Le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil de la santé et du bien-être, dont on trouvera copie en annexe, a été adopté le 27 janvier 2000 et amendé le 8 février 2002 par le Conseil. Chaque membre a signé un engagement de le respecter et aucun manquement à ce code n'a été signalé en cours d'année.

La déclaration de services aux citoyens

En vertu de l'article 6 de la seconde section de la *Loi sur l'administration publique* (Chapitre A-6.01), le Conseil de la santé et du bien-être n'est pas tenu de se doter d'une déclaration de services aux citoyens dans la mesure où il n'offre pas de services directs à la population ou aux entreprises.

La politique linguistique

Le Conseil de la santé et du bien-être applique *Le français en santé* (2000), politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française.

La situation de l'embauche en lien avec les attentes gouvernementales en matière de renouvellement de la main-d'œuvre

Le gouvernement du Québec fixe des attentes en regard de l'engagement dans la fonction publique. Pour le personnel nommé aux conditions minimales, l'attente gouvernementale est établie à 65 %, pour le personnel membre de communautés culturelles, autochtones ou anglophones, l'attente est de 25 % et pour le personnel handicapé, 1 %. Entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003, le Conseil a procédé à deux nominations dont l'une s'inscrivait dans la première catégorie.

Les autres exigences législatives et gouvernementales

Outre les exigences législatives et gouvernementales précises présentées précédemment, le Conseil possède un cahier de règlements qui contient un ensemble d'exigences auxquelles il se conforme. L'énumération qui suit en fait état :

- Loi sur la fonction publique
- Loi sur le Conseil de la santé et du bien-être
- L'éthique dans la fonction publique québécoise
- Déclaration de valeurs de l'administration publique québécoise
- Règlements sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique
- Directive concernant l'utilisation éthique du courriel, d'un collecticiel et des services d'Internet par le personnel de la fonction publique
- Code d'éthique des membres du Conseil
- Règlement de régie interne
- Le positionnement stratégique du Conseil de la santé et du bien-être
- Définition des productions et des processus de production du Conseil de la santé et du bien-être

Publications disponibles 6

PLAN STRATÉGIQUE 2001-2004

(mars 2001)

AVIS

- *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers* (mars 2003)
- *Private Funding of Medical and Hospital Services* (mars 2003)
- *Pour une stratégie du Québec en santé : décider et agir* (août 2002)
- *Towards a Strategy for a Healthy Quebec : Decision and Action* (octobre 2002)
- *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes* (mai 2001)
- *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : enjeux individuels et sociaux à gérer* (avril 2001)
  - Résumé français (avril 2001)
  - Résumé anglais (avril 2001)
- *Vieillir dans la dignité* (mars 2001)
- *L'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion* (septembre 1996)
- *Un juste prix pour les services de santé* (juin 1995)
- *A fair price for health services*

RAPPORTS

- *Rapports annuels de gestion*
- *Le financement privé des services médicaux et hospitaliers* (mars 2003)
- *La politique de la santé et du bien-être – regard sur quelques expériences étrangères* (février 2002)
- *Vieillir dans la dignité*
  – Rapport du colloque (février 2002)
- *Vieillir dans la dignité* (mars 2001)
- *Après le débat sur l'avenir du système de santé… Que faisons-nous ?*
  – Synthèse du colloque (mars 2001)
- *Regard des jeunes sur les services qui leur sont destinés : des pratiques à réviser* (mars 2001)
- *L'appropriation par les communautés de leur développement* (février 2001)
- *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*
  – Mise à jour (janvier 2001)
- *Le vieillissement de la population québécoise : conséquences sur le financement des dépenses publiques* – Lee Soderstrom et Anne Lefebvre de l'Université McGill (novembre 2000)
- *La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins* – (André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis et Carl-Ardy Dubois de l'Université de Montréal (novembre 2000)
- *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec* – Pierre-Gerlier Forest, François-Pierre Gauvin, Élisabeth Martin, de l'Université Laval, et Julia Abelson, Patricia Smith et John Eyles, de l'Université McMaster (novembre 2000)
- *Cadre de référence de la participation publique* (octobre 2000)
- *Développement social : pratiques et outils d'intervention dans les localités et les régions*
  – Rapport du colloque (mars 2000)
- *La santé et le bien-être à l'ère de l'information génétique : enjeux individuels et sociaux à gérer (février 2000)*
- Forum sur le développement social
  – *Rapport*
  – *Allocutions et échanges* (octobre 1998)

- *Enjeux éthiques dans le secteur de la santé et du bien-être : besoin d'invention ?* (juin 1997)
- *Pour favoriser le potentiel des personnes et des communautés avec les milieux municipal, éducationnel, socioéconomique et communautaire*

  – Rapport du colloque (mars 1996)

MÉMOIRES

- *Lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale : une nécessité pour tous les Québécois et toutes les Québécoises* (septembre 2002)
- *Lutte à la pauvreté : agir tout de suite et sur le long terme* – présenté à M. Jean Rochon, ministre d'État au Travail et à la Solidarité sociale, et à Mme Nicole Léger, ministre déléguée à la Lutte contre la pauvreté et l'exclusion, au sujet *des Orientations et perspectives d'action en matière de lutte à la pauvreté* (décembre 2001)
- *La participation publique dans le système de services de santé et de services sociaux* – présenté à la Commission des affaires sociales concernant le projet de loi no 28, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (juin 2001)
- *La réforme du système professionnel, une condition à la transformation du système sociosanitaire québécois* – présenté au Comité de travail chargé de la consultation sur la modernisation de l'organisation professionnelle de la santé et des relations humaines (novembre 2000)
- *Finir ce que l'on entreprend... préparer l'avenir* – présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (octobre 2000)
- *Pour une politique jeunesse axée sur la participation sociale* – sur l'avant-projet de politique jeunesse (octobre 2000)
- *Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec* – commentaires du Conseil sur la proposition de politique de reconnaissance de l'action communautaire (juillet 2000)
- *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments* – présenté à la Commission des affaires sociales (février 2000)
- *Participation sociale, autonomie et responsabilité* – présenté à l'occasion du Sommet du Québec et de la jeunesse (février 2000)
- *De la confiance, du réalisme et de la transparence, avant tout* – présenté à la Commission des affaires sociales sur le livre vert : *La réforme de la sécurité du revenu, un parcours vers l'insertion, la formation et l'emploi (février 1997)*
- *La fiscalité et le financement des services publics* – présenté à la Commission sur la fiscalité et le financement des services publics (août 1996)
- *Mémoire sur l'assurance médicaments* et modifiant diverses dispositions législatives – présenté à la Commission des affaires sociales (juin 1996)

AUTRES PUBLICATIONS

- *Pour une stratégie du Québec en santé – Décider et agir, Compte rendu de la tournée régionale* (octobre 2002)
- *Santé – Pour une thérapie de choc! Livre* (mars 2001) En collaboration avec *Le Devoir*, édité par Les Presses de l'Université Laval
- Définition des productions et des processus de production du Conseil de la santé et du bien-être.

BULLETIN D'INFORMATION

Bulletin *Développement social*

Tous ces documents sont disponibles gratuitement et les plus récents sont aussi disponibles à la section Publications du site Internet du Conseil de la santé et du bien-être à l'adresse suivante : **www.csbe.gouv.qc.ca**

Déclaration attestant la fiabilité des données et contrôles afférents

7

L'information contenue dans le présent rapport annuel de gestion relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du *Rapport annuel de gestion 2002-2003* du Conseil de la santé et du bien-être :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'organisme;
- exposent les objectifs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Rien ne me porte à croire que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ne correspondent pas à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2003.

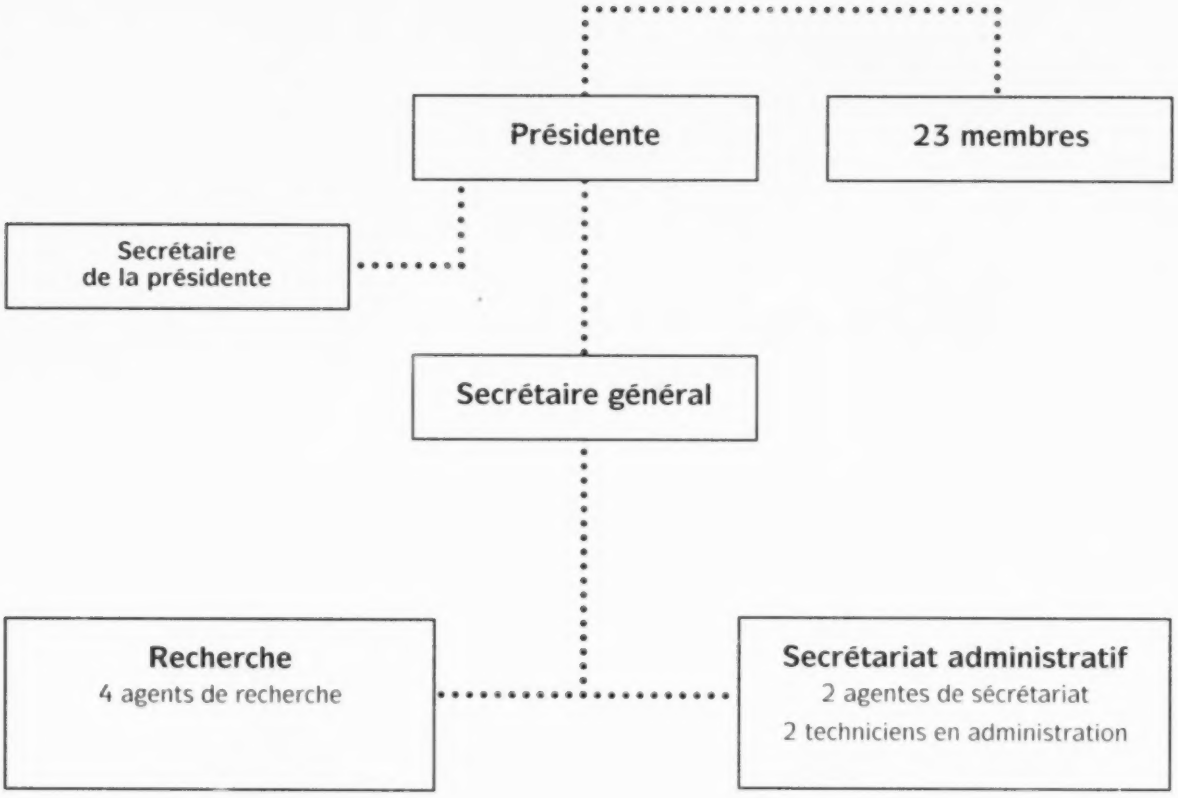
La présidente du Conseil de la santé et du bien-être,
Hélène Morais

Le budget *en 2002-2003*

Postes budgétaires	Budget $	Dépenses $
Traitement		
Employés permanents	598 256,00 $	536 204,54 $
Occasionnels	– $	50 896,46 $
Primes Allocations Indemnités	– $	5 515,93 $
Gratification, départ	– $	1 280,13 $
Total au traitement	**598 256,00 $**	**593 897,06 $**
Fonctionnement		
Services de transport et de communication	42 345,00 $	99 976,59 $
Services professionnels, administratifs et autres	199 882,00 $	136 929,54 $
Entretien et réparation	800,00 $	1 443,95 $
Loyer	94 600,00 $	91 689,58 $
Fournitures et approvisionnement	3 000,00 $	9 209,01 $
Matériel et équipement	400,00 $	69,00 $
Autres dépenses	141,00 $	– $
Total au fonctionnement	**341 168,00 $**	**339 317,67 $**
Transfert	100 000,00 $	99 995,00 $
Total au transfert	**100 000,00 $**	**99 995,00 $**
Total	**1 039 424,00 $**	**1 033 209,73 $**

Organigramme

du Conseil de la santé et du bien-être



Code d'éthique et de déontologie

des membres du Conseil de la santé et du bien-être

Adopté par le
Conseil de la santé et du bien-être
Le 27 janvier 2000

Amendé le 8 février 2002

Objet et champ d'application

1. Conformément au *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (Décret 824-98 du 17 juin 1998[1]), le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie des administrateurs publics membres du Conseil de la santé et du bien-être.

2. Sont administrateurs publics les membres du Conseil de la santé et du bien-être, y compris la personne titulaire de la présidence.

Principes d'éthique

3. Les membres du Conseil de la santé et du bien-être sont nommés ou désignés pour conseiller le ministre responsable de la Santé et des Services sociaux sur les meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, à partir des constats qui pourront être faits sur l'évolution des problèmes, leurs causes et les groupes les plus concernés. À ce titre, les membres du Conseil sont tenus d'exercer leurs fonctions dans l'intérêt public, en agissant de façon impartiale et objective, comme se doit toute personne qui participe à la réalisation de la mission de l'État.

4. Les membres du Conseil, à titre d'administrateurs publics, sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et le règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, ainsi que ceux établis dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

5. Les règles de conduite énoncées dans le présent code ne peuvent à elles seules énumérer toutes les actions à privilégier ni décrire toutes les actions à éviter. Il appartient à chaque membre d'exercer ses fonctions au meilleur de ses aptitudes et de ses connaissances, avec diligence, assiduité et intégrité, avec honnêteté et discernement, dans le respect des lois, en fondant son comportement sur le principe du respect de l'intérêt public.

Règles de déontologie

Discrétion

6. Les membres du Conseil sont tenus à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont ils prennent connaissance dans le cadre de leurs fonctions et sont tenus, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information reçue à ce titre.

Relations avec le public

7. Seule la personne titulaire de la présidence peut agir ou parler au nom du Conseil et, dans certains cas et par délégation, la vice-présidente ou le vice-président ou d'autres membres expressément mandatés.

Neutralité

8. Les membres du Conseil doivent, dans l'exercice de leurs fonctions pour le Conseil, agir indépendamment de toute considération politique partisane et indépendamment de tout groupe de pression.

9. La personne titulaire de la présidence, en tant qu'administratrice d'État, a un devoir de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

Activités politiques

10. La personne titulaire de la présidence, en tant qu'administratrice d'État, doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif avant de présenter sa candidature à une charge publique élective.

11. La personne titulaire de la présidence, en tant qu'administratrice d'État et dont le mandat est à durée déterminée, doit se démettre de ses fonctions si elle est élue et accepte son élection à une charge publique à temps plein.

Conflits d'intérêts

12. Les membres du Conseil doivent éviter de se placer, dans l'exercice de leurs fonctions, dans une situation de conflit réel, potentiel ou apparent, de quelque nature que ce soit, entre leurs intérêts personnels et l'intérêt public.

13. Les membres du Conseil ne peuvent utiliser à leur profit ou au profit de tiers l'information confidentielle, inédite ou privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions, à moins d'y être expressément autorisés par le Conseil.

14. Pour éviter tout conflit d'intérêts, aucun contrat ni aucune autre forme de contribution financière ne peuvent être accordés par le Conseil dans le but d'obtenir les services de ses membres, à l'exception, dans le cas de la personne titulaire de la présidence, de la rémunération à laquelle elle a droit dans le cadre de ses fonctions.

1. Édicté en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30).

15. Les membres du Conseil ne peuvent solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour eux-mêmes ou un tiers. Ils ne peuvent accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

16. La personne titulaire de la présidence, en tant qu'administratrice d'État, ne peut, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou une association dont la nature des activités met en conflit ses intérêts personnels et les devoirs de ses fonctions.

17. Tout autre membre du Conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du Conseil doit, sous peine de révocation, déclarer par écrit cet intérêt au président ou à la présidente du Conseil et, le cas échéant, s'absenter des réunions au moment où un sujet à l'ordre du jour risque de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Exclusivité de service

18. La personne titulaire de la présidence, si elle est à temps plein, doit exercer ses fonctions de façon exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommée l'assigne aussi à d'autres fonctions.

L'après-mandat

19. Il est interdit aux membres du Conseil, après avoir terminé leur mandat, de divulguer une information confidentielle obtenue dans l'exercice de leurs fonctions au Conseil ou d'utiliser à leur profit ou pour un tiers de l'information non disponible au public obtenue dans le cadre de ces fonctions.

Mesures d'application

20. En cas de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente pour agir est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

21. La présidente ou le président du Conseil est responsable de la mise en œuvre et de l'application du présent code. Elle ou il doit s'assurer du respect par tous les membres des principes d'éthique et des règles de déontologie qui y sont énoncés et informer l'autorité compétente des cas de manquement.

22. Les membres visés par une allégation de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code peuvent être relevés provisoirement de leurs fonctions par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente ou dans un cas présumé de faute grave.

23. L'autorité compétente fait part au membre concerné du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et informe ce dernier qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu sur le sujet.

24. Sur conclusion que le membre du Conseil a contrevenu aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente lui impose une sanction.

25. La sanction imposée est soit la réprimande, soit la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois si le membre en cause est administrateur d'État, à temps plein ou à temps partiel, soit la révocation. Toute sanction imposée doit être écrite et motivée.

DÉCLARATION CONCERNANT LA CONNAISSANCE DES PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET DES RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Je déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil de la santé et du bien-être et m'engage à m'y conformer.

Date : _____

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Conseil de la santé
et du bien-être
Québec